

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1979 - N°

- 491

**CONTRIBUTION
A L'ETUDE DU DIVERTICULE DE MECKEL.
25 CAS POUR 1000 APPENDICECTOMIES.
965 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1979

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard AUGIER

né le 16 Juin 1950

à MONTFAUCON (Meuse)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554220_0027

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1979 - N°

**CONTRIBUTION
A L'ETUDE DU DIVERTICULE DE MECKEL.
25 CAS POUR 1000 APPENDICECTOMIES.
965 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1979

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard AUGIER

né le 16 Juin 1950

à MONTFAUCON (Meuse)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

M. E. R. ALEXIS-CARREL

1934 - 1935

CONTRIBUTION
A L'ETUDE DU DIVERTICULE DE MECKEL.
25 CAS POUR 1000 APPENDICECTOMIES.
255 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1934
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard AUGIER

né le 10 Juin 1903

à MONTAUCON (Mozelle)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON I.

*

Président : Monsieur le Professeur D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Monsieur le Professeur ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Monsieur E. OUDIN, Maître Assistant
Troisième Vice-Président : Mlle. A. ECHALLON, Etudiante
Secrétaire Général de l'Université : Monsieur J. RAMBAUD, Administrateur Civil.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE (U.E.R.).

Faculté de Médecine GRANGE-BLANCHE : Monsieur le Professeur B. SALLE
Faculté de Médecine ALEXIS-CARREL : Monsieur le Professeur R. MORNEX
U.E.R. de Médecine LYON-NORD : Monsieur le Docteur J.P. NEIDHARDT, Maître de Conférences
Faculté de Médecine LYON-SUD : Monsieur le Professeur J. NORMAND
U.E.R. des Sciences Pharmaceutiques : Monsieur le Professeur C.A. BIZOLLON
U.E.R. des Techniques de Réadaptation : Monsieur le Professeur A. MORGON
U.E.R. des Biologie Humaine : Monsieur J.P. REVILLARD, Maître de Conférences
U.E.R. d'Education Physique et Sportive : Monsieur A. MILLON, Professeur EPS.
U.E.R. des Sciences Odontologiques : Monsieur le Docteur R. VINCENT
U.E.R. de Mathématiques : Monsieur le Professeur P. PICARD
U.E.R. de Physique : Monsieur le Professeur J. DELMAU
U.E.R. de Chimie Biochimie : Monsieur le Professeur J. HUET
U.E.R. des Sciences de la Nature : Monsieur le Professeur R. GINET
U.E.R. des Sciences Physiologiques : Mlle. le Professeur J.F. WORBE
U.E.R. de Physique Nucléaire : Monsieur le Professeur M. GUSAKOW
Institut Universitaire de Technologie n° 1 : Monsieur le Professeur A. VILLE
Institut Universitaire de Technologie n° 2 : Monsieur J. GALLET, Directeur ENSAM
Observatoire de Lyon : Monsieur G. MONNET, Astronome Adjoint
U.E.R. de Mécanique : Mlle. le Professeur G. COMTE-BELLOT.

*

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT
DE LA FACULTE ALEXIS CARREL

1er Cycle :

Anatomie : Monsieur le Professeur Alain BOUCHET

Histologie-Embryologie-Cytogénétique-Biologie : Monsieur le Professeur Christian GIROD

Chimie-Biochimie-Structurale : Monsieur le Docteur Claude NOFRE, Maître de Conférences Agrégé

Biochimie Médicale : Monsieur le Professeur Jean-André BERTRAND

Mathématiques - Statistiques : Monsieur le Professeur Jean SITE

Physiologie : Monsieur le Docteur Michel PELLET, Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Docteur Michel SCHMITT, Maître de Conférences Agrégé

Physique - Biophysique : Monsieur le Professeur Michel BERGER

Psychologie Médicale : Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT

Sciences Sociales et Economie Médicale : Monsieur le Professeur Louis ROCHE

2ème Cycle :

Anatomie Pathologique : Monsieur le Professeur Michel TOMMASI

Monsieur le Docteur Robert LOIRE, Maître de Conférences Agrégé

Bactériologie : Monsieur le Professeur Jean FLEURETTE

Cancérologie : Madame le Docteur CHEIX

Cardiologie : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DELAHAYE

Monsieur le Docteur Jacques BEAUNE, Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie Cardiaque : Monsieur le Docteur Gérard CHAMPSAUR, Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie Digestive : Monsieur le Professeur Paul MAILLET

Chirurgie Infantile : Monsieur le Docteur Maurice DAUDET, Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie Osseuse - Orthopédique :

Monsieur le Professeur Georges de MOURGUES

Monsieur le Docteur Jean-Jacques COMTET Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie Vasculaire : Monsieur le Professeur Jacques DESCOTES

Dermatologie : Monsieur le Docteur PERROT, Maître de Conférences Agrégé

Endocrinologie et Nutrition : Monsieur le Docteur François BERTHEZENE, Maître de Conférences
Agrégé

Gastro-Entérologie : Monsieur le Docteur Louis DESCOS, Maître de Conférences Agrégé

Génétique générale : Monsieur le Professeur Michel HERMIER

Gynécologie : Monsieur le Professeur Yves ROCHET

Monsieur le Docteur Alain BREMOND, Maître de Conférences Agrégé

Hématologie : Monsieur le Professeur Jean-Jacques VIALA

Hémobiologie : Monsieur le Docteur DECHAVANNE, Maître de Conférences Agrégé

Hygiène : Monsieur le Docteur Jean-Claude MONIER, Maître de Conférences Agrégé

Maladies Infectieuses : Monsieur Maurice GIROUD, Professeur Agrégé du Val de Grâce



Examineurs de thèse :

Président : Monsieur le Professeur MAILLET

Assesseurs : Monsieur le Docteur NEIDHARDT, Maître de Conférences Agrégé
Monsieur le Docteur SPAY, Maître de Conférences Agrégé
Monsieur le Docteur MORIN, Maître de Conférences Agrégé

Membre invité : Monsieur le Docteur V. MACABEO, Hôpital de Vienne.



A ma femme,

Sa présence et son amour me furent précieux tout au long de la réalisation de ce travail.

En témoignage de mon amour.

A mes parents,

Ils resteront pour moi le modèle d'une vie exemplaire.

Je leur dédie ce travail.

A mon fils Damien,

A la mémoire de mes grand-pères,

A mes beaux-parents,

A toute ma famille,

A tous mes amis.



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MAILLET

Il a bien voulu nous faire l'honneur de nous juger pour notre travail.

Nous n'avons pas eu la chance de travailler avec lui mais nous avons apprécié l'étendue de ses connaissances qui font de lui le Maître à qui nous essaierons de ressembler.

Nous espérons ne pas l'avoir déçu dans la réalisation de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici, le témoignage de notre profonde reconnaissance.



AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Docteur NEIDHARDT
Maître de Conférences Agrégé

*Il a bien voulu s'intéresser à notre travail avec une grande amabilité
et ils nous fait l'honneur de nous juger.*

Qu'il veuille bien accepter l'assurance de notre respectueuse gratitude.



Monsieur le Docteur G. SPAY
Maître de Conférences Agrégé

*Il a bien voulu nous confier ce travail nous aidant dans sa réalisation
en nous prodiguant ses meilleurs conseils.*

*Nous avons eu l'honneur d'être son élève et d'apprécier son enseigne-
ment vivant, l'étendue de ses connaissances et de sa culture.*

*Nous tenons à lui exprimer nos remerciements et à l'assurer de notre
gratitude.*



Monsieur le Docteur MORIN
Maître de Conférences Agrégé

*Nous lui sommes reconnaissant d'avoir accepté de nous faire l'honneur
d'assister à notre thèse comme Juge.*

Monsieur le Docteur V. MACABEO
Ex-Chef de Clinique à la Faculté
Ex-Médecin, Assistant des Hôpitaux

*Un semestre passé à ses côtés nous a fait apprécier son sens clinique
aigu, son dynamisme alliés à la très vaste étendue de ses connaissances.*

Nous le remercions de sa bienveillance habituelle et de sa gentillesse.



A ceux qui nous ont beaucoup aidé et appris au cours de nos stages hospitaliers :

Messieurs les Professeurs R. FROMENT, LIARAS, ROCHE

Messieurs les Professeurs Agrégés SPAY, DESCOTES, PERROT

Messieurs les Docteurs ALEX, VIBERT, MACABEO, CHAMPIONNAT, MANDON,
POUSSET, DAUMONT.



– I –

INTRODUCTION



Le diverticule le plus connu et le plus fréquemment rencontré au niveau de l'intestin grêle est le diverticule de MECKEL. Ce diverticule fut décrit par Johann Friederich MECKEL (1781 – 1833) ou MECKEL “le jeune”. (585, 586). Ce n'est cependant pas lui qui l'a dépeint le premier. Les comptes rendus autopsiques de HILDANUS (1598), LAVATER (1672), LITRE (533) (1700), MERY (1701), MORGAGNI (1761), SANDIFORT (1777), DUPUYTREN (1804), pour ne citer que les plus connus, mentionnaient déjà la présence de cette malformation de l'intestin. En 1698, Frédérick RUYSCH de LEYDEN publia une excellente illustration de cette malformation (766).

Cependant, nous devons à MECKEL la théorie de l'origine du diverticule de MECKEL à partir du canal omphalo-mésentérique. Ce fut également lui qui, le premier, attira l'attention, sur son importance comme source de maladie :

- grands syndromes urgents abdominaux : occlusions, hémorragies digestives, péritonites.
- accidents plus rares, résultant du défaut de résorption du canal omphalo-mésentérique.



— II —

PLAN DE THESE



III — PATHOLOGIE DU DIVERTICULE DE MECKEL

- Généralités
- Tableaux cliniques
- Arguments paracliniques du diagnostic positif
- Traitement.

IV — A PROPOS D'UNE STATISTIQUE DE 25 DIVERTICULES DE MECKEL

- Découverte du diverticule lors de sa recherche systématique
- Formes symptomatiques du diverticule
- Discussion de notre série
- Etude comparative
- Diverticule de MECKEL vu sous l'angle de l'économie de la santé.

V — CONCLUSIONS

VI — BIBLIOGRAPHIE



– III –

PATHOLOGIE DU DIVERTICULE DE MECKEL



I. GENERALITES :

1) Embryologie :

Le diverticule de MECKEL trouve son origine dans le développement embryologique du tube primitif. Au cours des premières semaines de la vie embryonnaire, le sac vitellin primitif se divise en deux parties, la plus grande devenant le tube digestif primitif et la plus petite, la cavité vitelline, près du placenta. Le tube digestif et la cavité vitelline sont en communication par un tube relativement long et étroit, le canal vitellin ou canal omphalo-mésentérique, enfermé dans le cordon ombilical.

Ce canal est longé par les vaisseaux vitellins : un pédicule artério-veineux sur chacune des deux faces (droite et gauche). Les artères vitellines continuent les artères omphalomésentériques nées de l'aorte et font communiquer le système vasculaire de l'embryon avec le réseau vasculaire de la vésicule ombilicale. L'une des artères omphalo-mésentériques s'atrophie et l'autre devient l'artère mésentérique supérieure. Les veines omphalo-mésentériques sont à l'origine du système porte.

Normalement le canal omphalo-mésentérique s'atrophie vers la septième semaine et disparaît au cours du troisième mois de la vie intra-utérine. Il en est de même des vaisseaux vitellins qui l'accompagnent. L'individu normal n'est porteur d'aucun résidu omphalo-mésentérique.

La résorption du canal vitellin est aussi susceptible d'évoluer dans de mauvaises conditions ; cette involution pouvant rester bloquée à des stades différents et donner plusieurs aspects morphologiques :

- L'absence totale d'oblitération du canal conduit à la **fistule ombilicale** en communication avec le tube digestif.
- L'oblitération incomplète du côté du tube digestif aboutit à la permanence d'un **diverticule dit de MECKEL**. Il est classique de distinguer :
 - . Le diverticule de MECKEL dit "libre" ; Dans ce cas le canal vitellin a totalement disparu sur la partie "ombilicale" de son trajet. C'est l'anomalie la plus fréquente.
 - . Le diverticule de MECKEL dit "fixé"
 - soit à l'ombilic, par un cordon fibreux : diverticule de MECKEL fixé par une bride congénitale à l'ombilic
 - soit au mésentère, à l'intestin grêle ou au péritoine pariétal ; ces brides représentant des

vestiges des vaisseaux omphalo-mésentériques.

— L'oblitération incomplète du côté de l'ombilic laisse en place une fistule borgne, ouverte à l'ombilic et tapissée de muqueuse digestive.

— L'oblitération segmentaire est génératrice de kystes du tractus vitellin juxta-ombilicaux ou juxta intestinaux dits "kystes entéroïdes".

B) Description anatomique :

Le diverticule de MECKEL est situé sur l'iléon terminal à une distance de 15 à 85 cm de la valvule de Bauhin. Le siège de cette implantation est en fait très variable et dépendrait de la croissance respective des segments d'intestin en amont et en aval du canal vitellin. AUGIER rappelle cette grande variabilité en donnant comme extrêmes 4 cm et 400 cm.

Tout aussi variable sont sa taille et sa forme : il peut être vermiciforme comme l'appendice ou plus gros atteignant souvent le calibre de l'iléon. Parfois très évasé, rappelant le "chapeau chinois", il a le plus souvent l'aspect d'un doigt de gant dont la base est étroite 1 à 2 cm. Sa hauteur moyenne, est de 5 à 8 cm.

Le diverticule de MECKEL s'implante en règle sur le bord libre de l'iléon (versant anti-mésentérique). Parfois, sa base déborde sur ses faces ; exceptionnellement, elle se situe sur le versant mésentérique, mais certains prétendent qu'il ne s'agit plus là d'un diverticule de MECKEL, mais bien d'une duplication localisée dont on sait qu'elle siège en règle sur le bord mésentérique de l'intestin.

Sa vascularisation dépend habituellement de l'artère mésentérique supérieure ; elle se fait souvent par un pédicule vasculaire qui s'anastomose largement avec les vaisseaux iléaux adjacents. Ce pédicule peut alors soulever une ébauche de méso.

C. Histologie :

Sa structure histologique est le plus souvent celle de l'intestin grêle avec ses quatre tuniques (séreuse, musculuse, sous-muqueuse et muqueuse). Cependant les villosités sont rares, de même que les formations lymphoïdes. L'originalité du diverticule de MECKEL tient surtout dans l'éventualité d'hétérotopie tissulaire : plages de muqueuse gastrique, surtout, mais également îlots pancréatiques, coliques, duodénales ou biliaires.

La fréquence de ces hétérotopies varie à travers la littérature de 10 à 70 % : AUBREY 15–20 %, WANSBOROUGH & KUHNE 35 % (523), Mc PARLAND 61 % (550), HARDY 70 % (360).

La plus intéressante de ces hétérotopies est celle qui contient la muqueuse gastrique, à cause de la présence de glandes fundiques pouvant amener l'ulcération des diverticules ou de l'iléon adjacent.

Pour SODERLUND (830), il existerait un rapport entre la surface occupée par l'hétérotopie et la fréquence des complications.

Le siège de l'hétérotopie est variable. Elle envahit la totalité du diverticule ou se localise à son fond ou à sa base. Pour TATISTCHEFF (869) elle ne se situe jamais au-delà des limites du di-

verticule. Selon GOUTALLIER (335), ces îlots hétérotopiques peuvent déborder la seule muqueuse diverticulaire et s'étendre sur la muqueuse iléale voisine.

Beaucoup plus rarement, on peut rencontrer dans le diverticule, des tumeurs bénignes ou malignes, à type de léiomyome (KNIPERS (464), MARTIN (567) ...), léiomyosarcome (HAUGON (371), SAILER (771) ...), tumeurs carcinoïdes et épithéliomas (THOMAS G. (876) ...).



II. TABLEAUX CLINIQUES :

Le diverticule de MECKEL, ce “travesti du ventre”, comme l’a joliment défini JEWETT (421) se manifeste cliniquement sous bien des déguisements : douleurs abdominales, melaena, occlusion, etc ..., mais dans plus de 50 % des cas le diverticule est latent et ne fera jamais parler de lui. Il n’est qu’une découverte opératoire au cours d’une autre affection ayant justifié l’intervention chirurgicale. La recherche du diverticule de MECKEL est une règle au cours de toute laparotomie et plus particulièrement lorsqu’il s’agit d’exploration de l’étage sous mésocolique. C’est en fait surtout au cours de l’appendicectomie que la recherche du reliquat vitellin est la plus classique.

Les statistiques autopsiques évaluent la fréquence de cette malformation congénitale de 0,3 % (GAND) à 2,5 % (CUNNINGHAM). Sur le plan clinique, l’occurrence est estimée par la majorité des auteurs entre 2 et 4 % (FORGUE & RICHE (280), MAILLET (554),).

L’unanimité est faite sur la prédominance masculine ; RUTHERFORD (765) comme Mc PARLAND (550) retrouvent une proportion de 75 % de garçons.

Le diverticule se révèle le plus souvent chez le petit enfant : 50 % des cas avant 2 ans pour RUTHERFORD (765), 65 % des cas avant 18 mois pour FREDERICK (289).

Enfin, ce même auteur a souligné la fréquence avec laquelle le diverticule de MECKEL est retrouvé chez des enfants porteurs d’autres malformations cardio-vasculaires, gastro-intestinales, et du système nerveux central ; J.F. MECKEL (586) a réuni un assez grand nombre d’associations trouvées dans la littérature ou observées par lui. En fait, on n’attache plus grande importance aujourd’hui à ces associations dont on admet depuis FORGUE & RICHE (280) qu’elles ne dépassent pas l’intérêt d’une simple coïncidence.



Environ la moitié des diverticules donnent donc une symptomatologie. Les autres de découverte fortuite, ne seront pas envisagés dans la suite.

Pour les cas à manifestations patentes, il est possible (en reprenant le plan de RAMBAUD (721)) de décrire trois modes de révélation :

- la pathologie ombilicale,
- les syndromes abdominaux aigus,
- les syndromes abdominaux subaigus.

A. LA PATHOLOGIE OMBILICALE :

Essentiellement représentée par les fistules ombilicales ; complication rare du diverticule de MECKEL, cette pathologie correspond à environ 2-5 % des formes symptomatiques selon les auteurs (WENSTEIN 5 %, Mc PARLAND 4 %). Il est classique de distinguer :

- les fistules étroites,
- les fistules larges.

1) Les fistules étroites peuvent exister dès la naissance, cas rarissime. Le plus souvent, elles se révèlent lors de la chute du cordon (5e-10e jour). En quelques cas, elles peuvent même survenir plus tard par rupture sous des efforts de la paroi de recouvrement très amincie. Les écoulements, par la fistule diverticulaire sont variés :

- Les écoulements de **matières** : consistent en un suintement à peine perceptible, intermittent, souvent lors des efforts. Ils s'opposent aux exceptionnelles évacuations totales lors de fistules larges.
- Les écoulements **séreux** : les plus fréquents, peuvent irriter la peau et provoquer des ulcérations, en raison de leur caractère alcalin.
- Les écoulements **sanglants** : peuvent teindre la sérosité ou exceptionnellement déterminer des hémorragies assez importantes.

L'examen de l'ombilic montre le plus souvent un petit orifice rouge d'où proviennent les écoulements. Le diagnostic est confirmé dans tous les cas par la fistulographie.

Le diagnostic différentiel se pose avec les exceptionnels kystes suppurés de l'ouraque qui peuvent être associés à un diverticule de MECKEL (NEIDHARDT, SPAY, MORIN, J. Urol. Nephrol., 1978, 74, n° 10-11, 793-804). Ces kystes supurés de révélation le plus souvent tardive, étant fréquemment associés à une symptomatologie urinaire incomplète et estompée.

On pourra également discuter un granulome de l'ombilic, plus rarement une tumeur (dysembryome) et d'une manière rarissime un angiofibrome du ligament rond hépatique (SPAY, TOURE, DIOUF, Bull. Soc. Med. Afr. Noire, 1973, 18, n°2, 201-203).

2) Les fistules larges sont de diagnostic évident en raison de la constatation dès la naissance d'un écoulement de matières important par l'ombilic. Les complications majeures, outre les troubles hydroélectrolytiques responsables de dénutrition de gravité variable, sont représentées par le prolapsus du diverticule et le prolapsus intestinal à travers le diverticule ouvert. Lorsque l'évagination intéresse l'intestin grêle, à la fois en amont et en aval de l'implantation du canal vitellin, il en résulte une tuméfaction ombilicale, pédiculée, bicornue et symétrique absolument pathognomonique qui se reconnaît au premier coup d'oeil. Tumeur bicornue, prolapsus en T (MOORE (596) en corne de taureau (LASSERRE (596)). Ce prolapsus entraîne en général une occlusion intestinale, véritable urgence chirurgicale.

B. LES SYNDROMES ABDOMINAUX AIGUS :

Ils représentent une manifestation fréquente de l'affection. Deux tableaux peuvent être réalisés :

- l'occlusion intestinale aigue,
- la péritonite.

1) L'occlusion intestinale aigue :

L'occlusion est l'accident le plus anciennement connu et AMYAUD en rapportait le premier cas dès 1774 (280) (596). Ce sont les occlusions mortelles qui ont révélé ce diverticule et aujourd'hui encore, c'est le plus souvent une occlusion, et parfois mortelle, qui révèle un diverticule jusque là asymptomatique.

C'est la complication la plus fréquente et la plus grave du diverticule. Elle représente, selon les statistiques, entre le quart et la moitié des complications : 300 cas sur 650 (46 %) pour FORGUE et RICHEL (280), 60 sur 273 (18,3 %) pour WANSBOROUGH (923), 26 sur 142 (21,9 %) pour SODERLUND, 383 sur 1605 (23,8 %) pour ROSES (623). La mortalité est de 20 % (SODERLUND), 36 % (LAGACHE (485)) chez l'adulte, 9 % (MICHAUD (596)), chez l'enfant.

Les occlusions, comme toutes les lésions méckeliennes, sont plus fréquentes chez le garçon.

Elles surviennent aux diverses époques de la vie mais son mécanisme varie peut-on dire en fonction de l'âge du patient.

Les mécanismes de production sont très nombreux. HILGENREINER n'en dénombrerait pas moins de 10 (384). Nous éliminerons les occlusions inflammatoires paralytiques qui accompagnent certaines diverticulites ou les péritonites non opérées à temps, et étudieront :

- les occlusions par invagination intestinale
- les occlusions mécaniques
- les occlusions mixtes fébriles
- les occlusions par hernie de LITTRE étranglée
- autres (coprolithes ...).

a) Occlusions par invagination intestinale :

Fréquente chez l'enfant, elle les atteint presque exclusivement. La moitié des invaginations s'observe avant l'âge de 2 ans, la prédominance des garçons est écrasante (66 à 90 %).

L'invagination ne peut se produire que si le diverticule est libre. Elle est d'abord iléo-iléale mais en progressant elle intéresse le colon. Le diverticule de MECKEL sollicite à la façon d'un corps étranger le péristaltisme intestinal et les invaginations iléo-iléales spontanément réductibles qui surviennent avec une particulière fréquence au cours des épisodes d'adénolymphite mésentérique du nourrisson sont susceptibles, du fait de la seule présence du diverticule, de devenir complètes et irréductibles. Le diverticule de MECKEL, lorsqu'il existe, complète une invagination qui n'aurait pu être qu'éphémère.

La palpation de l'abdomen permet souvent la perception du boudin d'invagination dans le flanc ou l'hypochondre droit. La température est en principe normale, l'arrêt des matières et des gaz total et le ventre peu distendu, du moins dans les premières heures.

Les radiographies d'abdomen sans préparation confirment l'occlusion basse du grêle. Les niveaux liquides de petite taille, plus larges que hauts, siègent dans la partie moyenne de l'abdomen et le cadre colique est vide de gaz.

Le lavement baryté demandé en urgence objective presque toujours des images très parlantes : l'image en "cocarde", la "pince de homard". Ces signes sont repérés au niveau du transverse ou du côlon droit et la pression modérée mais insistante du lavement réduit dans un bon nombre de cas le boudin d'invagination à travers la valvule de Bauhin. Cependant, la désinvagination iléo-iléale est exceptionnellement obtenue et pour cette raison l'intervention chirurgicale d'urgence est presque dans tous les cas nécessaire à la levée de l'occlusion.

Avec participation colique, la gravité est extrême en raison de phénomènes d'ischémie ou d'oedème et de stase vasculaire au niveau des tuniques intestinales. Le sphacèle est fréquent au point que l'opérateur est le plus souvent obligé de réséquer largement l'intestin.

b) Occlusions mécaniques :

De loin les plus fréquentes chez l'adulte ; dans la majorité des cas elles résultent d'une fixation du diverticule à l'ombilic ou en un point quelconque de l'abdomen :

— **La bride** : reliquat du canal ou des vaisseaux omphalomésentériques peut être congénitale, étendue du sommet du diverticule à l'ombilic. Elle est aussi acquise à l'issue de poussées de diverticulite : elle fixe le diverticule au mésentère ou à la paroi abdominale. Congénitale ou acquise, la bride est génératrice d'occlusion par strangulation ou par torsion du grêle.

— **Le volvulus** : peut atteindre le diverticule isolément et même lorsque celui-ci est fixé par la pointe. On comprend mieux le volvulus entraînant avec le diverticule fixé à l'ombilic l'anse intestinale sur laquelle il s'insère. L'axe de torsion est alors l'artère mésentérique supérieure. Ce mécanisme peut entraîner un volvulus subtotal du grêle. L'intestin peut aussi se tordre sur un axe longitudinal par bascule du diverticule.

Le tableau clinique est celui d'une occlusion banale basse du grêle.

L'intervention chirurgicale d'urgence s'impose. Elle permet de lever l'occlusion et de reconnaître

le diverticule de MECKEL responsable qu'aucun élément clinique ou radiographique particulier ne permettait de soupçonner (TATISTCHEFF (869)).

c) Occlusions mixtes fébriles :

Aux signes mécaniques de l'occlusion, se surajoutent fièvre, signes de réaction abdominale. Parfois, l'évolution a lieu en deux étapes. Tantôt les signes d'occlusion précèdent l'infection lorsqu'il s'agit, par exemple, d'un volvulus du diverticule, suivi secondairement d'une réaction péritonéale par suite du sphacèle du diverticule tordu. Tantôt, au contraire, les signes sont d'abord inflammatoires et secondairement occlusifs par suite de l'adhérence de l'intestin et de sa coudure sur le diverticule. (FEVRE (266)).

d) Occlusions par hernie de LITTRE étranglée :

Bien que classique, la **hernie de Littré** est une affection exceptionnelle. Signalée pour la première fois par RUYSCH en 1698 (766), elle est décrite par LITTRE (534) en 1700. C'est RIECKE, en 1841, qui lui donne le nom de LITTRE. C'est lui également qui précise la différence entre hernie de Littré, hernie du seul diverticule de MECKEL et hernie de RICHTER, qui comporte d'autres organes abdominaux, grêle ou épiploon par exemple. (677).

Anatomiquement, la hernie du diverticule de MECKEL se fait le plus souvent dans un orifice inguinal. Puis par ordre de fréquence, on peut trouver le diverticule dans une hernie ombilicale (30 %) surtout chez le nourrisson, dans une hernie crurale, et dans ce cas, trois fois plus souvent chez la femme que chez l'homme et à droite qu'à gauche. Enfin il peut s'agir plus rarement d'une hernie lombaire, obturatrice (MALLARD (537)), de la ligne blanche. Habituellement, le diverticule est adhérent au sac herniaire, mais sans signe inflammatoire particulier, découvert au cours d'une laparotomie ou d'une cure de hernie (MAILLET (554)).

En dehors de toute complication, on ne peut faire cliniquement le diagnostic d'une hernie de Littré. Le signe du "double cordon" décrit par FORGUE & RICHE (cordon cylindrique, élastique qui double le segment supérieur d'un cordon normal) est difficile à retrouver.

L'étranglement herniaire transforme cette hernie latente en une hernie douloureuse, tendue, irréductible. Les troubles du transit sont le plus souvent de type subocclusif. L'occlusion intestinale vraie est rare, due généralement à un excès de coudure par traction ou à des phénomènes de mésentérite rétractile de voisinage,

Le diagnostic clinique est pratiquement impossible à faire avant l'intervention. La scène fonctionnelle en impose pour une épiplocèle étranglée, un engouement herniaire, un pincement latéral de l'intestin (MATHON (579)).

e) Autres types d'occlusion :

Variété exceptionnelle d'occlusion, l'obstruction de la partie terminale du grêle par un coprolithe d'origine diverticulaire (GROSDIDIER (341), BERGLAND (74)).

2) La péritonite :

Elle est rare, ainsi qu'en témoignent les séries de TURPIN : 4 cas sur 80 (5 %) ; RUTHERFORD 4 cas sur 73 (5,4 %). Les étiologies les plus fréquemment retrouvées dans la littérature sont :

— péritonite par perforation ulcéreuse en rapport avec une hétérotopie gastrique.

— péritonite par perforation sur diverticulite.

D'autres étiologies moins fréquentes, ont été retrouvées par FRESNEL (294) à propos d'une statistique de 105 diverticules de MECKEL : péritonite par perforation diastatique en amont d'un noeud diverticulaire, péritonite par nécrobiose d'une tumeur diverticulaire.

La perforation, complication de haute gravité (50 % de décès pour FORGUE & RICHE) semble avoir diminué de fréquence depuis le travail de MONDOR (607-608) qui réunissait 48 cas sur 90 observations. Selon ce même auteur, le premier cas d'ulcère perforé reviendrait à HILGEN-REINER (384-385) qui le décrit 10 ans avant HUBSCHMANN (401). Dans la statistique de MOSES, la perforation ne représente plus que 222 cas sur 1605, soit 13,8 %.

Le diagnostic de péritonite par perforation meckelienne est exceptionnellement porté en préopératoire. Complication majeure de l'ulcère peptique et de la Meckelite "avancée", seuls des antécédents de pathologie périombilicale associée ou non à des épisodes d'hémorragie intestinale auraient pu faire évoquer le diagnostic.

Cliniquement, deux tableaux sont rencontrés :

- perforations en péritoine libre,
- perforations en péritoine cloisonné.

a) Perforations en péritoine libre :

C'est le cas le plus fréquent et le plus redoutable.

Tous les signes d'une péritonite généralisée sont présents.

Le diagnostic le plus souvent porté sera celui de péritonite appendiculaire.

b) Perforations en péritoine cloisonné :

Peu fréquent, une fois sur cinq environ, de symptomatologie plus frustre, elles peuvent s'accompagner d'abcès et d'occlusions.

De diagnostic difficile, elles seront de découverte opératoire devant un tableau de :

- péritonite en deux temps par rupture de l'abcès dans la cavité péritonéale, réalisant soit une péritonite typique, soit un tableau de choc bactériémique.
- "ventre douteux", avec défense plus ou moins localisée, le plus souvent évoluant dans un tableau de colopathie chronique fébrile.
- fistules :
 - . entéro ou colo-diverticulaire
 - . utéro-diverticulaire
 - . vésico-diverticulaire (VERGOZ & STOFFA (908)).

Le diagnostic différentiel se pose classiquement chez l'adulte avec la sigmoïdite et le cancer mais également avec la maladie de CROHN, diagnostic suffisamment rare pour que nous l'illustrions pour une observation rencontrée en service :

Georges ROC..., 41 ans.

Hospitalisation pour syndrome douloureux abdominal avec irradiations postérieure et descendante, sans trouble du transit ni symptomatologie urinaire.

L'urographie intraveineuse est strictement normale.

Le lavement baryté en double contraste objective l'existence d'un véritable clapier pelvien avec une fistule mettant en communication une ou plusieurs anses iléales et le bord droit du sigmoïde ; le calibre de la dernière anse est très irrégulier avec alternance d'une zone distendue et d'une zone rétrécie faisant 6 cms. Suspicion de CROHN, dont on précisera l'étendue des lésions par un transit du grêle.

Le transit du grêle confirme l'existence d'importantes lésions étendues sur les quinze derniers cms du grêle, très évocatrices d'une maladie de CROHN.

Compte Rendu Opératoire :

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic ; il semble s'agir d'une fistule iléo-caeco-sigmoïdienne.

Hémi-colectomie droite suivant la technique de TURNBULL avec iléo-transversostomie termino-terminale monoplan au mercylène.

Anus iliaque gauche au niveau de la fistule (pont de verre) où il existe un pseudo-polype.

Compte Rendu Histologique :

De multiples prélèvements ont été faits sur l'iléon terminal ; on y observe alternant avec des zones rigoureusement saines, des pertes de substance de la muqueuse, "en coups d'ongle". La sous muqueuse et la musculature contiennent çà et là de multiples îlots lymphocytaires voisinant avec des vaisseaux lymphatiques télangiectasiques. Le muscle est par ailleurs dissocié par de l'oedème. La sous séreuse est pratiquement normale ; tout au plus peut on noter çà et là de petits îlots lymphoïdes.

Cet ensemble de lésions est évocateur d'une **maladie de Crohn** mais le tableau histologique est incomplet ; il semble que l'on ait à faire là à une **iléite d'évolution récente**.

Rétablissement de la continuité en un deuxième temps.

c) Les syndromes abdominaux subaigus :

Les syndromes abdominaux subaigus sont représentés par les manifestations hémorragiques, douloureuses et tumorales.

1. Les hémorragies :

Mis à part l'hémorragie, symptôme qui appartient au tableau classique de l'invagination intestinale aiguë du diverticule de Meckel, les hémorragies digestives extériorisées à l'anus sont un signe révélateur du diverticule. En ce qui concerne leur fréquence par rapport à l'ensemble des manifestations du diverticule de Meckel, les données sont variables :

MONDOR (607) donne un pourcentage de 85 %, JOHNS (425) de 2 %, MOSES de 30 %. Parmi les causes d'hémorragie intestinale de l'enfant, le diverticule de MECKEL occupe le troisième rang après les fissures anales et les polypes (rectocolite, invagination intestinale et dyscrasies sanguines étant éliminées). L'hémorragie est susceptible d'apparaître, comme les occlusions, aux différents âges de la vie. Sa fréquence est cependant la plus grande dans l'enfance et l'adolescence. Elle est d'autant plus évocatrice du diverticule de MECKEL qu'elle survient plus précocément chez le jeune enfant. RUTHERFORD (765) souligne sa survenue préférentielle chez l'enfant de moins de 2 ans (Revue de 148 malades pédiatriques). SODERLUND (832) donne un pourcentage de 31 % chez l'enfant et 15 % chez l'adulte.

Son étiologie n'est pas univoque :

a — L'hypothèse la plus souvent admise depuis LECENE est celle d'un ulcère peptique, tel qu'on le voit se développer expérimentalement dans une poche de HEIDENHAIM. Cette hémorragie ulcéreuse sur "estomac en miniature" (GUIBAL - 608) surviendrait alors sur des hétérotopies gastriques :

72 % d'après STOUT & SCHULLINGER, 81 % selon RUTHERFORD, constamment pour SODERLUND.

Cet ulcère s'explique facilement par le fait que la sécrétion acide de la muqueuse gastrique du diverticule n'est pas neutralisée par le contenu intestinal et qu'elle attaque la muqueuse iléale voisine non protégée par du mucus. L'ulcère siège donc en bordure de l'hétérotopie. La fréquence de cette hétérotopie gastrique est variable selon les auteurs et la technique de recherche. C'est à SODERLUND (830) que revient le mérite d'avoir plus précisément quantifié cette hétérotopie gastrique qui serait retrouvée dans trois cas sur quatre.

b — En l'absence d'ulcère, les hémorragies sur muqueuse aberrante s'expliqueraient selon GREENBLATH, MATTHEWS, DRAGSTEDT par un mécanisme proche de la "gastrite hémorragique". Les hémorragies sur hétérotopie gastrique non ulcéreuses s'observeraient dans 18 % des cas pour SCHULLINGER (153) et 14 % selon WEINSTEIN (930).

c — Enfin, on trouve des observations de diverticules hémorragiques porteurs d'ulcérations non peptiques développées sur une muqueuse non gastrique et notamment chez des sujets âgés. (LAUMONIER (503), MARTINOT (572)). Cette éventualité est niée par SODERLUND qui voit dans ces cas une destruction totale de l'ilot aberrant par l'ulcère.

"On peut retenir de ces faits controversés que l'hémorragie est sans contestation une manifestation importante et fréquente du diverticule, qu'elle est presque toujours l'indice d'une hétérotopie de muqueuse gastrique et le plus souvent la conséquence d'un ulcère peptique" (MONOD-BROCA - 610).

Ces hémorragies peuvent prendre tous les aspects depuis les formes cataclysmiques jusqu'aux formes occultes qui représentent le tiers des cas. Leur caractère capricieux et récidivant serait évocateur. Elles peuvent être isolées, surtout avant 2 ans ou associées à des douleurs. Tantôt de sang noir et poisseux, tantôt de sang mélangé aux matières, tantôt de sang rouge, abondant, faisant alors penser à une origine assez basse de l'hémorragie.

— Les hémorragies occultes, capricieuses répétées réalisent de véritables "crises hémorragiques" (GUIBAL - 608) responsables d'anémie sérieuse. Lorsque le diagnostic n'est pas fait à la première hémorragie, celle-ci va se reproduire après quelques semaines, des mois ou ... des années.

— Les formes cataclysmiques ne sont pas rares, imposant une réanimation urgente. Véritable problème thérapeutique, elles font souvent discuter la laparotomie exploratrice d'urgence. D'autant plus graves qu'elles précèdent souvent la perforation.

Chez l'enfant, elle s'imposera le plus souvent après rectoscopie et parfois lavement baryté.

Chez l'adulte, le problème du diagnostic est tout différent, l'hémorragie digestive par diverticule de MECKEL n'étant pas fréquente. Il faudra éliminer au paravant une cause gastroduodénale et colique.

Il est toujours difficile avant la laparotomie d'affirmer qu'un diverticule de MECKEL est responsable d'une hémorragie digestive. L'examen clinique de l'abdomen ne fournit pas d'élément d'orientation en dehors de cas rares où une malformation associée de l'ombilic devrait éveiller l'attention. Seuls les examens para cliniques peuvent aider au diagnostic.

2. Les douleurs :

Elles sont en principe péri-ombilicale , évoluant par crises avec ou sans température. Mc PARLAND (550) les signale 14 fois sur 50 observations. Elles peuvent être associées à des vomissements et surtout des hémorragies. Deux mécanismes les expliquent :

- l'ulcère peptique du diverticule de MECKEL
- l'inflammation du diverticule de MECKEL.

a) *L'ulcère peptique du diverticule de MECKEL :*

Les douleurs n'ont ni la topographie ni l'horaire précis qui les rendraient caractéristiques. Le siège est le plus souvent ombilical ou épigastrique, mais on trouve une "inimaginable variété de localisations" (MONDOR - 608). Evoluant par crises assez intenses, elles peuvent exceptionnellement reproduire le "double rythme ulcéreux". (CHRISTIE - 168). Toujours dans un contexte apyrétique, elles peuvent s'accompagner de vomissements ou d'irrégularité du transit à type de diarrhée ou constipation.

b) *L'inflammation du diverticule de MECKEL :*

A la façon de l'appendice, le diverticule de MECKEL s'infecte, se gangrène et se perfore. Décrite pour la première fois par DENUCE & BEALE, la diverticulite a fait l'objet d'un travail inaugural de PICQUE & GUILLEMOT en 1897 : "Les suppurations des diverticules de MECKEL simulant l'appendicite". (PICQUE - 697). L'infection se développe de façon primitive ou plus volontiers à la faveur de la stase ou de l'inclusion d'un corps étranger. ROESSEL (743) a relevé 37 observations de diverticulite , souvent perforante par corps étranger, qui serait un facteur de diverticulite sévère (FONTAINE, WEBBE, PERSSON). Cet accident serait tout-à-fait exceptionnel lorsque le diverticule de MECKEL est fixé à l'ombilic.

La diverticulite s'observe à tout âge, 4 jours après la naissance (SODERLUND - 831), à 77 ans (LADJAJ - 484). Les trois quarts des observations concernent le sexe masculin. La diverticulite représente selon les auteurs 3 à 4 % des complications du diverticule : BROOKES 3 %, MOSES & RUTHERFORD 10 %, TATISTCHEFF (Hôpital Bretonneau, Paris) 40 % . Pour KIESWETTER & ARACTINGI, la preuve histologique est encore plus rare.

Cliniquement, le tableau est superposable à celui d'une appendicite aiguë. Certes l'aphorisme classique de BLANC (91) : "autant d'observations de diverticulite, autant d'erreurs de diagnostic" a perdu son absolutisme. Une appendicectomie antérieure, un passé de rectorragies, une anomalie ombilicale pourraient orienter le diagnostic. Si les signes sont médians ou sous-ombilicaux on pense à l'appendicite mésocolique. L'exploration de la fosse iliaque droite reconnaît alors l'intégrité de l'appendice et la recherche impérative dans cette condition du reliquat vitellin conduit à sa découverte et au traitement de la diverticulite.

3. Les tumeurs :

Si l'individualisation anatomique du diverticule de MECKEL date de la deuxième décade du XIX^e siècle, les tumeurs diverticulaires sont de connaissance plus récente et leur nombre reste restreint. Dès 1902, FRIED découvre lors de l'autopsie d'une femme de 55 ans, un fibromyosarcome sur diverticule avec métastases ganglionnaires. En 1906, GUMPERZ rapporte le premier cas vraisemblable de carcinoïde, 1 an avant la description classique d'OBENNDORFER.

En groupant les séries de SODERLUND (830) et WEINSTEIN (930), ce qui représente 1135 malades, on constate un pourcentage très faible de tumeurs : 0,9 %. Une revue exhaustive de la littérature a permis à WEINSTEIN (932) de relever 106 observations de tumeurs développées sur un diverticule de MECKEL, se répartissant en 26 bénignes (25 %) et 80 malignes (75 %).

Tableau n° 1 :

TUMEURS BENIGNES	Origine conjonctive	8
	Origine musculaire	10
	Origine vasculaire	4
	Origine graisseuse	1
	Origine nerveuse	3
	TOTAL	26
TUMEURS MALIGNES	Sarcomes	35
	Epithéliomas	16
	Carcinoïdes	29
	TOTAL	80

Chaque tunique de la paroi diverticulaire peut être le point de départ d'une tumeur bénigne ou maligne.

L'âge moyen des partients est de 39 ans pour les tumeurs bénignes et 52 pour les malignes avec une nette prédominance chez l'homme (5,5/1 et 2,5/1).

a) Les tumeurs bénignes :

Ces tumeurs sont le plus souvent asymptomatiques et restent ignorées tant qu'une laparotomie

n'en provoque pas la découverte fortuite.

Seules les tumeurs musculaires présentent un regain d'intérêt en raison de :

- leur première place en fréquence,
- leur caractère parfois symptomatique,
- leur potentiel dégénératif (léiomyosarcome).

— **diagnostic :**

Les manifestations cliniques des léiomyomes dont le développement n'intéresse pas directement la lumière digestive sont discrètes et ne deviennent le plus souvent évidentes qu'au stade de tumeur maligne envahissante.

Les troubles obstructifs sont plus fréquents que les hémorragies. (LIE, 527). KOUCHKY & BECK (1941) (464) ont été les premiers à rapporter un mélaena révélateur d'un léiomyome du diverticule qui, le plus souvent, est de faible abondance, récidivant.

La tumeur est rarement palpable. Cependant, PARC (667) a retrouvé chez une femme obèse, une masse sus pubienne arrondie, indolore très mobile, disparaissant dans le pubis lors de l'examen.

Bien que ne pouvant affirmer d'une manière formelle la tumeur du diverticule de MECKEL, l'artériographie sélective de la mésentérique supérieure a pu mettre en évidence l'association d'une artère anormale naissant de la dernière artère iléale avec opacification d'une masse hypervascularisée (PARC).

— **évolution et pronostic :**

Le problème dominant de ces tumeurs musculaires reste en effet leur pronostic. Il n'y a pas de critère formel de bénignité (LOMBARDI - 539, GARRIZ - 305, HAUGEN - 371). Seule l'évolution permet de les classer définitivement. La dissémination de ces léiomyosarcomes est surtout péritonéale, sous forme nodulaire. Un léiomyosarcome du diverticule de MECKEL sur 2 serait en vie 5 ans après son exérèse (SAILER - 771); c'est insister sur la nécessité d'une exérèse précoce au stade encapsulé de ces tumeurs musculaires.

b) Les tumeurs malignes : (THOMAS G. - 876).

Parmi les tumeurs malignes, les sarcomes sont plus fréquents que les épithéliomas, ainsi que le démontre la classification de WEINSTEIN. Cette statistique est surprenante en la comparant à la répartition des cancers du grêle où le carcinome est largement dominant (50 %). En matière de carcinome, il s'agit d'épithéliomas cylindriques typiques ou atypiques développés aux dépens des entérocytes, ou bien d'épithéliomas de type colloïde prenant leur origine au niveau des cellules à mucus. Les carcinomes sur tissu hétérotopique sont tout à fait exceptionnels.

La symptomatologie clinique de ces tumeurs est extrêmement polymorphe et imprécise, caractère commun à l'ensemble des néoformations du grêle.

Le plus souvent, elles sont découvertes à l'occasion d'une complication évolutive, qu'il s'agisse :

- d'une occlusion intestinale par volvulus ou invagination,
- d'hémorragies intestinales, tantôt minimales et répétées, tantôt massives,

— ou d'une péritonite par perforation.

En dehors de ces complications, le diagnostic est souvent méconnu. Rarement l'attention est attirée par des douleurs abdominales associées à des troubles du transit, l'ensemble évoquant exceptionnellement un véritable syndrome de KOENIG. L'examen clinique n'apporte généralement que peu de renseignements. La perception d'une masse dure, mobile, difficile à localiser dans la moitié inférieure de l'abdomen est inhabituelle et en tous cas, tardive.

Les examens paracliniques habituels (transit et lavement baryté, artériographie sélective de la mésentérique supérieure, méthode radio-isotopique au ^{99m}Tc pertechnetate) pourront dans certains cas apporter des arguments de valeur. Mais en définitive, seule la laparotomie exploratrice sera, le plus souvent, à même de poser un diagnostic de certitude.

Les résultats du traitement chirurgical sont médiocres. Le décès survient en règle 6 mois à 1 an après l'acte opératoire par diffusion métastatique.



III. ARGUMENTS PARACLINIQUES DU DIAGNOSTIC POSITIF :

Le diverticule de MECKEL est rarement suspecté cliniquement, surtout chez l'adulte. Seule l'hémorragie intestinale, et principalement chez l'enfant, fait évoquer la possibilité d'une pathologie du diverticule.

Les examens paracliniques peuvent permettre d'affirmer l'existence d'un diverticule, mais ils sont loin d'avoir tous la même fiabilité.

Peut-on rattacher une complication révélatrice à un diverticule de MECKEL ?

A) Devant un syndrome abdominal aigu, indication formelle d'un geste chirurgical, en l'absence de cause évidente, le diagnostic de diverticule est souvent évoqué, mais sans certitude.

B) Devant un melaena, le diverticule doit être évoqué systématiquement au même titre que les autres causes et il sera recherché par :

a) La radiographie de l'abdomen sans préparation :

n'est habituellement d'aucun secours en dehors des tableaux aigus. Les calcifications diverticulaires sont exceptionnelles (SHARMA - 808). Seule la découverte d'une clarté gazeuse diverticulaire de siège fixe pourrait être évocatrice.

b) Le transit baryté du grêle :

reste d'interprétation délicate. De nombreux artifices ont été proposés : procubitus, décubitus latéral, mouvements de gauche à droite, afin de dissocier les anses grêles, le malade étant placé en procubitus sur un ballonnet, injections de prostigmine, d'atropine ou de sorbitol pour accélérer le transit. Certains utilisent la technique d'opacification par sonde permettant l'injection et l'aspiration du produit de contraste.

Le plus souvent apparaît une image en doigt de gant se projetant sur la colonne vertébrale et restant opacifiée sur les clichés tardifs après évacuation du reste de la baryte. LERNER (519) et STEIN (852) insistent sur un signe de valeur : la présence d'une bulle d'air résiduelle, moulant le diverticule sur le cliché tardif après un transit oral en position verticale.

Certains auteurs ont donné leur préférence à l'opacification rétrograde par lavement baryté (le malade étant en procubitus, en lui imposant un roulement de droite à gauche). Les images classiques en "doigt de gant" ou en "faucille" apparaissent dès la 4^e heure et persistent 24 heures. En fait, cette technique a plutôt le mérite d'innocenter le colon que de montrer l'injection du diverticule.

Malgré la diversité des protocoles, ce diagnostic reste difficile ainsi qu'en témoignent les résultats de JOHNS (425) et de FORTIER-BEAULIEU (282). Néanmoins FONTAINE (279) sur une série de 6 observations, a obtenu quatre fois le diagnostic par l'exploration radiologique du tube digestif. Le plus souvent cependant il ne s'agit que d'une simple présomption et de nombreux auteurs (PREVOT, ALLENGOOD) ont prouvé que des diverticules de MECKEL abandonnés opératoirement n'ont pu être mis en évidence secondairement aux examens radiologiques.

Cet examen a le mérite de pouvoir être pratiqué rapidement dans tous les centres hospitaliers. On insiste sur le caractère capricieux de cette méthode pour identifier un diverticule de MECKEL, un examen négatif ne devant jamais écarter un tel diagnostic.

c) L'artériographie sélective de la mésentérique supérieure :

permettrait dans certains cas un diagnostic de certitude (CORNET). De nombreux exemples ont été rapportés dans la littérature (WHITE - 938, FARIS - 251, BREE - 122). Il s'agit le plus souvent de diverticule de MECKEL à vascularisation propre. Dans ce cas (20 %), l'artère naît le plus souvent du bord droit de la mésentérique supérieure, au dessous de l'iléocolique (CORNET 182) et après l'avoir croisée en écharpe dépasse les vaisseaux droits.

L'angiographie sélective est de réalisation relativement facile, mais sous entend un centre hospitalier équipé pour les artériographies. Bien que souhaitable dans l'absolu, faut-il que sa réalisation (horaire, proximité) ne retarde pas dangereusement l'acte chirurgical ; un examen négatif ne devant jamais écarter un diagnostic de diverticule de MECKEL.

d) La scintigraphie au Technétium 99m :

Déjà en 1970, JEWETT (420) avait remarqué que le 99 m Tc pertechnetate était activement concentré par la muqueuse gastrique et avait appliqué cette particularité à la détection de la muqueuse gastrique ectopique dans les diverticules de MECKEL : La scintigraphie abdominale après injection intraveineuse de pertechnetate 99 m Tc, montrait donc dans ce cas une hyperfixation localisée. En 1974, WINE (947) diagnostiquait 13 diverticules de MECKEL en utilisant cette caractéristique.

100 micro-Curie par kilo de poids chez l'enfant, de Pertechnetate de Sodium sont injectés par voie intraveineuse. Une cinéscintigraphie abdomino-pelvienne est réalisée de quart d'heure en quart d'heure et permet de suivre la fixation du traceur jusqu'à la 2e-3e heure. En cas de résultats positifs, les tomoscintigraphies objectivent une zone très localisée d'hyperfixation située dans la partie inféro-droite ou médiane de l'abdomen se détachant nettement des zones gastrique et vésicale.

L'évacuation de la vessie juste avant le début de l'enregistrement limite les causes d'erreur due à une accumulation de l'isotope à ce niveau. Pour éliminer l'accumulation de l'isotope dans l'intestin proximal, il peut être utile d'installer une aspiration naso-gastrique. L'utilisation de perchlorate (4 mg/kg) juste avant l'injection de Technetium (KILPATRICK - 455) ou juste après (DUSZINSKI - 232) bloquerait la captation de Technetium par la thyroïde, les glandes salivaires, les plexus choroïdes mais son effet sur la concentration de Technetium par la muqueuse gastrique n'est pas évident.

Peu de séries de la littérature portant sur un nombre de cas suffisants et comportant des corrélations entre chirurgie et isotope ont été publiées. Les plus intéressantes sont celles de BERQUIST (83) à la Mayo clinic portant sur 100 examens (78 adultes et 22 enfants) et de RO-



Fixation localisée de ^{99m}Tc dans un diverticule de MECKEL en regard de la flèche.

SENTHAL (753), 45 enfants :

— Sur 7 images scintigraphiques positives, l'intervention confirma la présence de diverticule de MECKEL dans 6 cas. Dans le 7^e cas il n'y avait pas de diverticule de MECKEL mais des ulcérations peptiques au niveau d'ilots de la muqueuse gastrique ectopique localisée dans le grêle. Il n'y a donc pas de faux positifs. Sur les 93 images scintigraphiques négatives, 22 interventions exploratrices furent effectuées. Un diverticule fut mis en évidence, il possédait une hétérotopie gastrique minime intact en raison du fort remaniement tissulaire. Il y aurait donc dans cette série un faux négatif.

— Ceux de ROSENTHAL ne sont pas aussi satisfaisants. Sur 45 enfants explorés pour douleurs périombilicales récidivantes, rectorragies, anémie, la scintigraphie pré-opératoire a mis en évidence 4 diverticules sur 10 retrouvés à l'intervention. Deux des faux négatifs s'expliquent par l'absence de muqueuse gastrique dans le diverticule mais les 4 autres faux négatifs ne s'expliquent pas.

Il existe certains pièges utiles à connaître pour éviter les faux positifs. Il peut s'agir de la visualisation des vaisseaux iliaques ou des anses grêles contenant de la sécrétion gastrique. Il faut noter que l'on a observé des foyers d'activité de l'aire abdominale dans d'autres circonstances que le diverticule de MECKEL : obstruction aigue ou chronique d'anses grêles, invagination intestinale, perforation iléale, télangiectasie jéjunale. L'interprétation des images doit donc tenir compte du tableau clinique. Il est classique de trouver dans la littérature certains cas de faux positifs représentés par les malformations artério-veineuses, l'hydronéphrose et les ulcérations peptiques sur muqueuse gastrique ectopique localisée au grêle.

L'importance réelle des faux négatifs est difficile à apprécier en raison de la rareté des interventions en l'absence d'arguments précis d'orientation. La principale limitation de la technique reste bien sûr les cas nombreux de diverticule de MECKEL ne contenant pas de muqueuse gastrique ectopique susceptible de concentrer l'isotope.

Malgré les limites de cette investigation, la scintigraphie au ^{99m}Tc reste l'examen d'avenir dans le diagnostic préopératoire du diverticule de MECKEL. Sa technique non traumatisante, simple entraînant une irradiation très faible acceptable chez l'enfant en fait actuellement l'examen de choix.

La scintigraphie au Technetium 99 m est probablement le moyen diagnostique le plus efficace aujourd'hui pour reconnaître un diverticule de MECKEL. La rapidité de cet examen permet de l'utiliser même d'urgence, à condition de pouvoir faire appel à un centre de médecine nucléaire proche.

Aucun examen paraclinique, ne permet donc d'une manière formelle d'affirmer la présence d'un diverticule de MECKEL. L'aphorisme de TISDAL (1927) "Le diagnostic ne peut être fait que par la laparotomie exploratrice ou l'autopsie", n'est cependant plus applicable. Malgré les limites de la scintigraphie au pertechnetate 99 m Tc, son inocuité et les résultats satisfaisants des séries publiées devraient encourager les pédiatres et les chirurgiens à y recourir chaque fois que l'hypothèse d'un diverticule de MECKEL est envisagée.



IV. TRAITEMENT :

A. Les techniques :

1. *L'exérèse avec ligature à la base ou méckelectomie :*

Méthode rapide, autrefois élective du diverticule vermiforme ; actuellement condamnable car d'une part, elle laisse en place la base du diverticule avec le risque de persistance d'une ectopie muqueuse, d'autre part l'enfouissement risque de rétrécir le grêle, ou d'être l'amorce d'une invagination.

On a donc plutôt tendance à réaliser une résection.

2. *La résection segmentaire du grêle :*

Lorsque le grêle porteur de diverticule est menacé dans sa vitalité et notamment au cours des occlusions par strangulation, cette technique est de toute évidence indiquée.

Pratiquée de principe, elle semble abusive car de nombreux auteurs (MONOD—BROCA, FRESNEL...) n'ont pas retrouvé d'ilot hétérotopique à distance contrairement à GOUTALLIER.

3. *La résection cunéiforme :*

On lie l'artère ou les artères diverticulaires puis on fait une résection losangique cernant la base d'implantation du diverticule. On évase alors les berges de l'incision intestinale pour s'assurer qu'on ne laisse pas en place d'ilot de muqueuse gastrique puis on suture l'intestin perpendiculairement à son axe, ce qui évite toute sténose.

Cette technique est la plus couramment utilisée.

B. Les indications :

1. *Les diverticules sains :*

La recherche et l'ablation systématiques du diverticule de MECKEL au cours d'une opération abdominale est un problème qui n'a pas encore reçu de solution. WINKELBAUER (608), il y a un demi-siècle, lançait cet appel aux chirurgiens : "Ce qui importe, quand on ne trouve pas à l'intervention de lésions qui justifient pleinement le diagnostic d'appendicite ou d'invagination, c'est de penser au diverticule de MECKEL. Qu'il faille l'enlever s'il semble lésé avec évidence se conçoit, sans commentaire, mais s'il semble sain, il faut l'enlever aussi, et même s'il est une découverte de hasard, au cours d'une intervention quelconque car il fait courir au malade une série de dangers qui motivent largement cette ablation".

La fréquence et la gravité des complications du diverticule de MECKEL et de leurs suites opératoires (20 % de décès pour WANSBOROUGH, 11 % pour SODERLUND, 50 % de

décès dans les péritonites pour FORGUE & RICHE) paraissent à elles seules suffisantes à imposer l'ablation systématique du diverticule de MECKEL.

D'autre part, il faut souligner la bénignité des suites post-opératoires de l'exérèse si l'on peut dire "prophylactique", dans la majorité des publications.

Et enfin, souvent, seul l'histologiste dira des deux gestes (appendicectomie ou ablation du diverticule de MECKEL) lequel était utile.

L'ablation systématique reste évidemment indiquée au cours de toute laparotomie à condition qu'elle n'augmente pas la gravité de l'acte opératoire entrepris. Il existe des contre-indications "dictées par le bon sens" (VINCENT) "une maladie de CROHN, une occlusion dont le diverticule n'est pas responsable ou une atteinte sévère de l'état général". (AUBREY).

Il paraît certain que toute suture digestive représente un risque vital, de fréquence très faible, mais jamais nulle, et un risque de morbidité post-opératoire augmentée. L'ouverture de l'intestin ouvre la porte à une infection. Selon PEYCELON (612), la manipulation et l'extériorisation du grêle au cours d'une appendicectomie à froid, aggraverait cette opération qui doit rester bénigne. RUDLER (612) craint les occlusions post-opératoires et écrit : "Il ne semble pas que l'extériorisation du grêle soit un acte anodin, en chirurgie appendiculaire".

En somme, contrairement à l'opinion de CLAVEL, il n'est pas logique de laisser en place un diverticule de MECKEL, même si la base d'implantation est large et l'aspect macroscopique normal. Nous insisterons sur la nécessité, au cours de toute appendicectomie (même si l'appendice apparaît comme la cause évidente du tableau clinique ayant fait poser l'indication opératoire) de rechercher systématiquement un diverticule de MECKEL et, si on le retrouve, d'en faire l'exérèse. Cette attitude reste valable au cours de toute laparotomie à condition, évidemment qu'elle n'augmente pas la gravité de l'acte opératoire entrepris. On assurera ainsi la prévention d'une morbidité ultérieure pouvant survenir à tout âge et d'une gravité, nous l'avons vu, non négligeable. (GOUTALLIER - 335).

2. *Les diverticules compliqués :*

En cas de diverticule compliqué la conduite à tenir est conditionnée par la nature des complications (RAMBAUD - 721).

— Les tableaux aigus imposent une sanction chirurgicale :

. le traitement d'une péritonite d'origine meckelienne repose sur les mêmes bases que celui d'une perforation intestinale d'autre niveau.

. en cas d'occlusion, l'attitude chirurgicale est fonction du mécanisme obstructif.

Dans l'invagination à point de départ diverticulaire, la désinvagination avec diverticulectomie est possible dans 30 % des cas ; dans 60 % des cas, par contre, une résection segmentaire intestinale est imposée par une désinvagination impossible ou un diverticule de MECKEL à base d'implantation large. Le retard apporté au diagnostic, le caractère irréductible de l'invagination iléo-colique obligent, dans 10 % des cas, à pratiquer une hémicolectomie droite.

En cas de volvulus ou d'étranglement pour bride, l'intervention réalise, soit une détorsion avec diverticulectomie soit une résection intestinale.

Enfin, lorsqu'au volvulus s'associe une péritonite, l'exérèse intestinale est complétée d'un drainage péritonéal.

— Les tableaux subaigus permettent une attitude plus nuancée. Selon HILLEMAND (392), l'existence de signes évocateurs associés à des images radiologiques précises amènent à proposer une intervention exploratrice chez les patients n'ayant pas fait l'objet d'appendicectomie antérieure. A l'inverse, un tableau clinique imprécis, associé à des signes radiologiques douteux chez un malade appendicectomisé antérieurement invitent plutôt à pratiquer une surveillance attentive. FREDERIK (289) insiste cependant sur la nécessité qu'il y a d'intervenir pour toute hémorragie due à un diverticule de MECKEL, en raison du risque permanent de saignement cataclysmique.



— IV —

A PROPOS D'UNE STATISTIQUE DE 25 DIVERTICULES DE MECKEL



Cette étude porte sur 25 diverticules de MECKEL, observés en 5 ans, d'octobre 1974 à octobre 1979, au centre hospitalier "Lucien HUSSEL" — VIENNE.

18 ont été observés chez des sujets de sexe masculin, 7 de sexe féminin.



I. DECOUVERTE DU DIVERTICULE DE MECKEL LORS DE SA RECHERCHE SYSTEMATIQUE :

19 Diverticules ont été découverts, non compliqués, sur 1000 appendicectomies effectuées (1,9%).

- 18 de découverte lors d'une appendicectomie motivée par un syndrome appendiculaire,
- 1 de découverte lors d'une cure de hernie inguino-scrotale droite ; le sac herniaire contenant le caecum et non le diverticule de MECKEL.

Bien qu'ils aient été macroscopiquement indemnes, l'exérèse en a été faite de principe :

- 19 fois, soit toutes les fois, par résection cunéiforme suivie de suture transversale.

16 diverticules ont eu un examen histologique (Pr. FEROLDI) :

- 12 possédaient une muqueuse de type intestinal pure (75 %).
- 2 comportaient des îlots d'hétérotopie gastrique sans exulcération (12,5 %).
- 2 comportaient une hétérotopie pancréatique (12,5 %).

L'âge moyen des opérés est de 13 ans. Le plus jeune, adressé pour cure de hernie inguino-scrotale droite est âgé de 3 mois. Le plus âgé, hospitalisé pour syndrome appendiculaire, a 49 ans.

La durée d'hospitalisation a été de :

- 7 jours en moyenne pour les malades directement adressés en service de chirurgie.
- 17 jours pour le malade bilanté auparavant en service de pédiatrie.

Morbidité et mortalité :

Aucune complication rapportée.

Aucun diverticule de MECKEL n'a été découvert au cours d'une laparotomie imposée par une affection, autre qu'un syndrome appendiculaire.



II. FORMES SYMPTOMATIQUES DU DIVERTICULE DE MECKEL :

Nous en relevons 6 cas (24 %), chez des sujets dont l'âge s'étale de 4 ans à 50 ans.

5 ont eu un examen histologique :

- 2 possédaient une muqueuse de type intestinale (40 %).
- 1 comportait des îlots d'hétérotopie gastrique (20 %).
- 1 possédait une muqueuse tantôt intestinale, (20 %), tantôt gastrique, tantôt pancréatique.
- une des muqueuse n'a pu être reconnue en raison du mauvais état et de la suppuration du prélèvement.

Les complications se distinguent en :

- syndrome douloureux de la fosse iliaque droite : 3 cas
- melaena : 1 cas
- occlusion du grêle : 2 cas.

A. Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite :

- Marcel JOU..., 7 ans (Observation n° 1).

Douleurs épigastriques sus ombilicales, d'apparition brutale, à irradiation iliaque droite ; accompagnées de nausées et vomissements, **sans trouble du transit**. Température à 37°2, 14 500 globules blancs. Douleur au Mac Burney avec défense localisée.

Suspicion d'appendicite.

Compte rendu opératoire : Mac Burney. Présence d'une grande quantité de liquide puriforme dans l'abdomen. Des anses grêles très dilatées et vineuses apparaissent d'aspect occlusif. L'exploration de ces anses mène vers un noeud constitué par un diverticule de MECKEL volvé sur son pédicule et sphacélique. Résection du diverticule. Suture intestinale à l'ercédex. Appendicectomie complémentaire. Toilette abdominale. Tifomycine locale.

Compte rendu histologique : "Prélèvement parvenu en assez mauvais état, la muqueuse est difficilement reconnaissable au sein de lésions inflammatoires suppurées avec présence de très nombreux polynucléaires. Il s'agit d'un diverticule de MECKEL infecté et suppuré".

Suites opératoires simples ; durée d'hospitalisation : 11 jours.

- Josiane GEN..., 25 ans (Observation n° 2).

Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec nausées sans vomissement ni trouble du transit. Episode identique il y a un mois ayant duré 4 à 5 jours, totalement résolutif sans traitement. Pas de température, 7 730 globules blancs. Douleur au Mac Burney, sans défense vraie.

Diagnostic d'appendicite subaigue.

C.R.O. : Incision de Jayle. Découverte de l'appendice. Appendicectomie. Exploration du grêle qui montre la présence de petites adénopathies. Découverte d'un diverticule de MECKEL sessile après un petit méso. Ligature du méso. Résection du diverticule. Suture intestinale à l'Excédex en un plan total extra-muqueux à points séparés.

C.R.H. : La paroi du diverticule de MECKEL est bordée par une muqueuse intestinale normale, la muscularis-mucosae est très grêle, le chorion est congestif, la musculature est légèrement atrophiée. Il n'y a pas de pancréas, il n'y a pas de paroi gastrique sur le prélèvement.

Suites opératoires simples ; durée d'hospitalisation : 7 jours.

— Sylvie BLA..., 10 ans (Observation n°3).

Douleurs épigastriques évoluant depuis trois jours, irradiation dans la fosse iliaque droite. Pas de trouble du transit; nausées et vomissements.

Température à 38°2, 12 000 globules blancs.

Douleur au Mac Burney, sans défense.

Diagnostic d'appendicite.

C.R.O. : Mac Burney. Appendicectomie, appendice sain, enfouissement. Présence d'un diverticule de MECKEL de 4 cm de long surmonté d'une petite boule jaunâtre. Exérèse. Suture transversale au mersilène n°1 en points séparés extra-muqueux.

C.R.H. : "Les prélèvements examinés sont constitués par un diverticule de MECKEL, la paroi est bordée par une muqueuse de type gastrique ou intestinale et on y observe un parenchyme pancréatique avec canaux excréteurs et plusieurs îlots endocriniens".

Suites opératoires simples ; durée d'hospitalisation : 6 jours.

B. Melaena :

— Thierry BOT..., 7 ans (Observation n°4).

. Première hospitalisation de 7 jours en service de Pédiatrie pour rectorragies sévères (3.450.000 globules rouges, Hématocrite : 25 %, Hémoglobine : 9,2 g/100 ml).

Au toucher rectal : impression à bout de doigt, d'une petite tuméfaction à 12 heures. Doigtier ramenant quelques caillots.

La rectoscopie pratiquée jusqu'à 13 cm montre une ulcération muqueuse sans formation tumorale vraie, à 12 heures.

Nouvelle rectoscopie sous anesthésie générale, jusqu'à 22 cm : Muqueuse strictement normale. Plus de trace d'ulcération.

Le lavement baryté n'est d'aucune aide au diagnostic : "Il n'y a pas d'image intra luminale caractéristique d'un polype. Bonne évacuation colique par une selle, avec à ce moment là un reflux appendiculaire mais pas de passage dans le grêle terminal".

L'enfant sort avec un traitement martial. Aucun diagnostic n'est porté.

. Deuxième hospitalisation en service de pédiatrie, 15 jours après sa sortie du service pour mélaena avec tendance syncopale et diarrhée (2.900.000 globules rouges, Hématocrite 22 %, Hémoglobine : 8,7 mg/100 ml). Ventre parfaitement souple, non douloureux.

Nouvelle rectoscopie jusque 18 cm : Muqueuse parfaitement saine, sans ulcération, ni formation tumorale.

Le bilan de coagulation est strictement normal.

Le transit oeso-gastro-duodénal ne montre pas d'anomalie.

Le diagnostic de diverticule de MECKEL est évoqué ; La scintigraphie au technétium est négative : "Il ne semble pas exister de foyer chaud précoce pouvant correspondre à un diverticule de MECKEL. Le foyer sous hépatique ne semble pas correspondre à un diverticule de MECKEL".

"Il serait utile de réaliser un nouveau contrôle dans 30 à 45 jours".

L'enfant est confié en service de chirurgie pour laparotomie exploratrice :

C.R.O. : Incision au Mac Burney ; présence de liquide clair dans l'abdomen. Toilette abdominale. Découverte d'un diverticule de MECKEL. Résection du diverticule. Suture intestinale transversale à l'Excédex à points séparés totaux extra-muqueux. Appendicectomie.

C.R.H. : "Diverticule de MECKEL dont la paroi est bordée par une muqueuse tantôt intestinale, tantôt gastrique ; cette muqueuse repose sur une paroi amincie dont la musculature est par places très atrophiée".

Suites opératoires simples ; durée d'hospitalisation : 23 jours.

C. Occlusion du grêle :

— Didier DES..., 4 ans (Observation n° 5).

Douleur abdominale diffuse, d'apparition brutale, évoluant sur un mode paroxystique, avec vomissements et intolérance alimentaire totale. Arrêt des matières et des gaz.

Signes clinique et biologique de déshydratation sévère (Réserve alcaline : 30 mEq/l, Sodium : 125 mEq/l, chlore : 78 mEq/l).

Oligurie. Température à 38°5.

Abdomen météorisé, douloureux dans son ensemble avec zone élective en latéro-ombilicale droite, sans défense vraie.

Masse arrondie, bien délimitée, de la taille d'une "orange" au niveau de la fosse iliaque droite. Au toucher rectal : empâtement du Douglas à droite ; le doigtier ne ramène pas de sang.

Le cliché radiographique de l'abdomen sans préparation objective de nombreux niveaux liquides médians, plus larges que hauts.

Après correction des troubles hydroélectrolytiques, l'enfant est muté en service de chirurgie pour une laparotomie exploratrice.

C.R.O. : Laparotomie médiane. Il existe, outre du liquide dans le ventre, séreux plus que sanglant :

- 1) Un volvulus total du grêle dans le sens horaire : un tour et demi.
- 2) Un second volvulus localisé du grêle terminal ayant vraisemblablement engendré le premier autour d'une bride partant d'un diverticule de MECKEL sphacélique.

Résection du MECKEL. Suture en 2 plans.

Infiltration du méso à la Novocaïne. L'ensemble du grêle revient bien mais la dernière anse reste douteuse quoique les artères battent bien à la palpation. Réintégration.

On apprend à postériori par la famille que cet épisode d'occlusion avait été précédé un jour avant par un épisode identique, résolutif spontanément.

C.R.H. : Les prélèvements examinés sont constitués par un diverticule de MECKEL dont la muqueuse de type intestinal est partiellement nécrotique et desquamée. La paroi sous-jacente présente des lésions de nécrose ischémique.

Il n'a pas été vu d'hétérotopie gastrique ou pancréatique sur les différentes sections effectuées.

Les suites opératoires ont été simples ; reprise du transit au 4^e jour. Durée d'hospitalisation : 12 jours.

— Lionel CRO..., 50 ans (Observation n^o 6).

Occlusion du grêle typique chez un appendicectomisé. (Appendicectomie réalisée 42 ans avant la scène occlusive). Notion de crises "subocclusives" (3 par an environ), spontanément résolutive en quelques heures à quelques jours, survenues 5 ans après l'appendicectomie et persistant jusqu'à la date d'intervention pour occlusion du grêle.

La scène clinique occlusive a été précédée 5 jours avant par un accident de la circulation : traumatisme thoraco-abdominal avec nombreuses fractures de côtes. Par la suite, transit difficile à s'établir, constipation opiniâtre, s'aggravant. Occlusion typique du grêle.

C.R.O. : La parotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Il s'agit d'une occlusion sur bride implantée sur un MECKEL.

Résection du MECKEL et suture deux plans.

Vérification abdominale, rate, foie, reins, pancréas, côlon, normaux.

L'examen anatomo-pathologique du diverticule n'a pas été fait.

Suites opératoires simples ; durée d'hospitalisation : 9 jours.

D. La durée d'hospitalisation moyenne de ces 6 malades a été de :

- 8 jours pour les malades directement adressés en service de chirurgie.
- 17 jours pour les malades adressés en service de pédiatrie.

Sans mortalité, ni morbidité.

III. DISCUSSION DE NOTRE SERIE :

Notre étude a porté sur 25 cas de diverticule de MECKEL.

A. Résultats :

— Age — Sexe :

Dans notre série, il y avait 18 patients de sexe masculin (72 %) et 7 de sexe féminin (28 %).

L'âge s'est échelonné de 3 mois à 50 ans. Sur 6 patients symptomatiques, 4 étaient des hommes (67 %) et 2 des femmes (33 %).

4 patients symptomatiques sur 6 avaient moins de 10 ans, un 25 ans et l'autre 50 ans.

— Clinique :

Dix neuf ont été de découvertes fortuites (76 %) alors que six étaient la cause première de symptômes et signes nécessitant une laparotomie (24 %).

Trois présentaient un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, deux une occlusion du grêle, et un une hémorragie digestive basse.

— Histologie :

Sur 25 diverticules de MECKEL, 21 ont fait l'objet d'un examen anatomo-pathologique. Dans un des cas, la muqueuse n'a pas été reconnue en raison d'un état de suppuration avancée :

- 14 présentaient une muqueuse intestinale pure (70 %)
- 6 possédaient une hétérotopie (30 %)
- 3 présentaient une hétérotopie gastrique (15 %)
- 2 présentaient une hétérotopie pancréatique (10 %)
- 1 présentait une hétérotopie gastrique et pancréatique (5 %)

On peut donc considérer que 4 patients présentaient des zones de muqueuse gastrique (20 %).

— Traitement :

Sur ces 25 diverticules traités chirurgicalement, tous ont fait l'objet d'une résection cunéiforme avec suture intestinale transversale.

— Morbidité — Mortalité :

Qu'elles que soient les formes de découverte fortuites ou symptomatiques, il n'a été observé aucune morbidité ni mortalité.

La reprise du transit s'est effectuée dans tous les cas entre le 4e et 5e jour. Les suites opératoires ont toujours été simples.

B. Tableau récapitulatif :

Sexe	Age ans	Clinique	Anatomie pathologique	Traitement
M	4	Occlusion	muqueuse intestinale	Résection cunéiforme
M	7	Syndrome douloureux F.I.D.	muqueuse non reconnue	—
M	7	Hémorragie digestive	hétérotopie gastrique	—
F	25	Syndrome douloureux F.I.D.	muqueuse intestinale	—
F	10	Syndrome douloureux F.I.D.	hétérotopie gastrique et pancréatique.	—
M	50	Occlusion	Non fait	—
M	13	Fortuite	hétérotopie pancréatique	—
M	10	—	Non fait	—
F	49	—	muqueuse intestinale	—
M	29	—	muqueuse intestinale	—
M	21	—	hétérotopie pancréatique	—
M	7	—	muqueuse intestinale	—
M	5	—	Non fait	—
M	12	—	Non fait	—
F	12	—	muqueuse intestinale	—
M	13	—	hétérotopie gastrique	—
F	20	—	muqueuse intestinale	—
M	10	—	hétérotopie gastrique	—
F	19	—	muqueuse intestinale	—
M	8	—	muqueuse intestinale	—
F	6	—	muqueuse intestinale	—
M	15	—	muqueuse intestinale	—
M	3 mois	—	muqueuse intestinale	—
M	12	—	muqueuse intestinale	—
M	11	—	muqueuse intestinale	—



C. Discussion sur les cas cliniques :

Des six patients “symptomatiques” :

- 3 présentaient une inflammation plus ou moins marquée du diverticule,
 - 2 présentaient une occlusion du grêle,
 - et un présentait un mélaena.
- Les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite : représentent donc 50 % des formes symptomatiques. Cliniquement, le tableau était superposable à celui d’une appendicite aigue et dans les 3 cas le diagnostic pré-opératoire porté a toujours été celui de :

syndrome appendiculaire plus ou moins atypique.

Un des patients présentait une hétérotopie gastrique (Observation n° 3) mais aucun passé de rectorragie, ni d’hémorragie associée aux douleurs et vomissements, qui aurait pu orienter le diagnostic préopératoire.

L’appendice macroscopiquement sain et le diverticule d’aspect inflammatoire ont fait, le plus souvent, porter le diagnostic de “Diverticulite”. La preuve histologique formelle n’a été faite qu’une fois. Il n’a jamais été trouvé de corps étranger enclavé dans le diverticule, classiquement responsable de diverticulite sévère.

- Les occlusions du grêle représentent 33 % des formes symptomatiques.

Bien que de survenue chez 2 sujets d’âge très différent (4 ans et 50 ans), le mécanisme de production a été le même : occlusion mécanique secondaire à un volvulus par bride, phénomène de beaucoup le plus fréquent chez l’adulte.

Les deux patients avaient présenté dans leur passé des épisodes de crise “subocclusive”, spontanément résolutive :

- l’un, une crise unique, quelques jours avant la scène occlusive complète
- l’autre, de nombreuses crises subocclusives (3 par an environ) pendant 42 ans.

Chez l’un des patients, le volvulus a été double :

- 1) volvulus localisé au grêle terminal autour d’une bride partant du diverticule de MECKEL, (Observation n° 5) expliquant certainement le premier épisode de scène subocclusive, et responsable.
- 2) d’un volvulus total du grêle, générateur du tableau occlusif complet.

Un des sujets avait été appendicectomisé 42 ans auparavant ; ce qui pose le problème de la non recherche ou recherche difficile du diverticule de MECKEL. Il est vrai qu’en 1932, date de l’appendicectomie, les conditions opératoires étaient différentes.

- L’hémorragie digestive (un cas), représente 17 % des formes symptomatiques.

Les hémorragies digestives, survenues chez ce garçon de 7 ans (Observation n° 4) se sont pré-

sentées sous 2 formes : rectorragies et melaenas.

Capricieuses et récidivantes, elles n'ont jamais été associées à des douleurs. Responsables d'une anémie sévère (2.900.000 globules rouges, hémoglobine : 8,7 mg/ml, Hématocrite : 22 %), elles ne sont jamais montrées cataclysmiques.

Suspecté, le diverticule de MECKEL n'a jamais été mis en évidence :

- ni par le lavement baryté (pas de passage dans le grêle),
- ni par la scintigraphie au Technétium alors que la muqueuse du diverticule présentait une hétérotopie gastrique :

1/ L'hémorragie digestive est survenue sur une hétérotopie gastrique,

2/ L'examen anatomo-pathologique n'a pas montré d'ulcération au niveau de la jonction des muqueuses.

3/ Se pose le problème des faux négatifs au technétium.



IV. ETUDE COMPARATIVE DES STATISTIQUES TIREES DE NOTRE SERIE AVEC CELLES CONSULTEES :

Il nous a paru intéressant de comparer les résultats de notre série à ceux consultés dans la littérature et de les rassembler en tableaux pour la facilité de l'exposé.

Découverte par laparotomie		Prédominance masculine		Hétérotopie tissulaire	
P. MAILLET	2 %	RUTHERFORD	75 %	AUBREY	15-20 %
BEAU	8 %	SODERLUND	64 %	FRESNEL	22 %
RAMBAUD	1 à 2 %	GROSS	75 %	WANSBOROUGH-KUHNE	35 %
FORGUE & RICHE	2 à 4 %	Mc PARLAND	75 %	RUTHERFORD, LAUMONIER	45 %
CUNNINGHAM	2,5 %	MONDOR	84 %	Mc PARLAND	61 %
FRESNEL	4 %	DOWSE	70 %	HARDY	70 %
C.H. VIENNE	1,9 %	C.H. VIENNE	72 %	C.H. VIENNE	30 %

La prédominance masculine est aussi nette que l'écrivait MONDOR : "le plus souvent, c'est un garçon". Nous avons retrouvé cette disproportion dans les formes compliquées où nous comptons 67 % d'hommes alors qu'il existe une différence encore plus significative quant à la fréquence des hétérotopies (83 % chez l'homme).

Le taux des hétérotopies varie de 15 à 70 %. Dans notre série présentant 30 % d'hétérotopie (dont 20 % d'hétérotopie gastrique), nous n'avons observé ni hétérotopie biliaire, ni duodénale.

Formes symptomatiques		Patho. ombilicale		Occlusion intestinale		Péritonite	
WENSTEIN	31 %	FRESNEL	2 %	FRESNEL	18 %	FRESNEL	4 %
FRESNEL	33 %	Mc PARLAND	4 %	WANSBOROUGH	18,3 %	TURPIN	5 %
SODERLUND	35 %	WENSTEIN	5 %	SODERLUND	21 %	RUTHERFORD	5 %
TURPIN, Mc PARLAND		FORTIER		MOSES	24 %	MOSES	13,8 %
WANSBOROUGH,		BEAULIEU	11 %	WENSTEIN	30 %	C.H. VIENNE	0 %
FORTIER-BEAULIEU		C.H. VIENNE	0 %	FORTIER-BEAULIEU	44 %		
	50 %			FORGUE, RICHE	46 %		
RUTHERFORD	55 %			RUTHERFORD	50 %		
C.H. VIENNE	24 %			C.H. VIENNE	33 %		

Les formes symptomatiques de notre série ne représentent que 24 %, taux qui est largement inférieur à la moyenne publiée. Il n'a été observé ni pathologie ombilicale, ni péritonite. Toutes les occlusions de notre série sont de même mécanisme : secondaire à un volvulus par bride, quelque soit l'âge. Aucune occlusion par invagination ; ce serait pourtant là un accident fréquent si l'on en croit BAILEY, ROMANIS et MITCHNER. En fait il s'agit essentiellement de statistiques infantiles et ce type d'occlusion est l'apanage du grand enfant. MARKING note sur 160 cas un âge moyen de 13 ans et une occurrence d'environ 17 %.

Diagnostic préopératoire	Diverticulite	Hémorragies
FRESNEL 8 %	BROOKES 3 %	JOHNS 2 %
WANSBOROUGH 19 %	FORGUE & RICHE 5 %	FRESNEL 5 %
C.H. VIENNE 17 %	RUTHERFORD 10 %	C.H. QUEBEC 18 %
	MOSES 10 %	C.H. BRETONNEAU 20 %
	C.H. QUEBEC 18 %	WANSBOROUGH 21 %
	C.H. BRETONNEAU 40 %	MOSES 31 %
	C.H. VIENNE 50 %	SODERLUND (enf.) 31 %
		— (adul.) 15 %
		RUTHERFORD 53 %
		POTTS 85 %
		C.H. VIENNE 17 %

Le diagnostic préopératoire n'a été suspecté qu'une fois. Ce chiffre est plus faible que celui de WANSBOROUGH où, sur 120 cas, le diagnostic avait été affirmé dans 23 observations soit 19 %.

Nous avons observé 3 cas de diverticulite soit 50 % des formes symptomatiques. Sur nos 3 cas présumées macroscopiquement, un seul a été prouvé histologiquement. L'examen anatomo-pathologique n'a jamais été fait sur l'appendice, qui dans les 3 cas, paraissait macroscopiquement sain. En fait, il n'y aurait peut être qu'un seul cas de diverticulite, représentant alors 25 % des formes symptomatiques, taux qui correspondrait davantage à la moyenne publiée.



V. DIVERTICULE DE MECKEL VU SOUS L'ANGLE DE L'ECONOMIE DE LA SANTE :

La durée moyenne d'hospitalisation, a été de :

- 8 jours pour les malades directement adressés en service de chirurgie,
- 17 jours pour les malades adressés en service de pédiatrie.

La reprise de l'alimentation "per os" s'est effectuée dans tous les cas entre le 4^e et le 5^e jour.

Il est intéressant de noter que la durée moyenne d'hospitalisation des malades directement adressés en service de chirurgie est strictement égale à celle des malades hospitalisés pour appendicéctomie simple (7,67 jours).



— V —

CONCLUSIONS



Au cours des cinq dernières années, d'octobre 1974 à octobre 1979, vingt cinq diverticules de MECKEL ont été rapportés au Centre Hospitalier Lucien HUSSEL—VIENNE, pour mille appendicectomies effectuées. Dix-huit ont été observés chez des sujets de sexe masculin, sept de sexe féminin. Dix-neuf d'entre eux ont été de découvertes fortuites, alors que les six autres étaient la cause première de symptômes nécessitant une laparotomie, se distinguant en :

- trois cas de diverticulite,
- un cas d'hémorragie digestive basse,
- deux cas d'occlusion du grêle.

Six de ces malades présentaient une hétérotopie tissulaire à l'intérieur de leur diverticule dont quatre, une hétérotopie gastrique. Le diagnostic préopératoire a été suspecté une fois. Tous ont fait l'objet d'un traitement chirurgical par résection cunéiforme, sans morbidité ni mortalité.

Les résultats de notre courte série, comparés à ceux que nous avons consultés :

- soulignent la bénignité des suites post-opératoires de l'exérèse systématique que nous préconisons,
- précisent la difficulté du diagnostic préopératoire ; la scintigraphie au ^{99m}Tc étant actuellement, malgré ses limites, le moyen diagnostique le plus fiable.
- ne reflètent absolument pas, contrairement à toutes les statistiques, la gravité des complications.



Le Président de la Thèse

P. MAILLET

Vu, le Doyen de la Faculté de
Médecine Alexis Carrel

Professeur R. MORNEX

Vu et Permis d'Imprimer
LYON, le 22 Novembre 1979.

Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Professeur D. GERMAIN

- VI -

BIBLIOGRAPHIE



- 1 - ABRAMOWITZ I. & col.
Carcinoid tumour in a Meckel's diverticulum.
S. Afr. Surg., av.-juin 1969, 7, 77-81.
- 2 - ABRAMSON D.J.
Perforation du diverticule de Meckel, péritonite et occlusion
chez le nouveau-né. Guérison.
Am. J. Dis. Child., août 1960, 100, n° 2, 277-281.
- 3 - ADISESHAN N. & col.
Scintigraphic diagnosis of Meckel's diverticulum.
Aust. Paediatr. J., déc. 1976, 12, n° 4, 322-325.
- 4 - ADLER E.
Forme rare d'iléus dans le diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 30 avr. 1966, 91, n° 18, 690-691.
- 5 - AGEZ Y.
Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel. Ses
aspects inflammatoires et hémorragiques.
Thèse Paris, 1956, n° 155, 35 pages.
- 6 - AHMED S.
Meckel's diverticulum causing obstruction in a neonate.
Brit. Med. J., 6 déc. 1969, 4, 622.
- 7 - AIKTEN
Invagination irréductible due à un diverticule de Meckel.
Glasg. Med., 1950, 31, 8.
- 8 - AKZHIGITOV G.N. & KHOROSHEVICH G.V.
Errors and pitfalls in acute lesions of Meckel's diverticulum.
Khirurgiya (Mosk.), août 1975, n° 8, 101-106.
- 9 - ALAILY A.B.
Gangrene of Meckel's diverticulum in pregnancy due to iron
tablet.
Brit. Med. J., 10 janv. 1974, 1, n° 5892, 103.

- 10 - ALBERT E., DUPERRAT B., JOLLY G. & FOURALI A.
Perforation d'ulcère du diverticule de Meckel sans hémorragie intestinale au cours d'une corticothérapie.
Med. Chirurg. Digest., 1973, 2, n° 4, 241-245.
- 11 - ALHADEFF R.
Perforation du diverticule de Meckel par corps étranger.
Revue de la littérature.
Brit. Surg., mars 1975, 42, n° 175, 527-530.
- 12 - ALIX B. & col.
Tumeur carcinoïde d'un diverticule de Meckel accompagnée d'une atteinte endocardique du coeur droit. A propos d'une observation avec étude hémodynamique.
Rev. Méd. Clermont-Ferrand, mars-av. 1974, 1, n° 2, 27-36.
- 13 - ALLAINES Cl. (d') et MANOUVRIER P.
A propos d'un cas de diverticule de Meckel à forme hémorragique.
Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mai 1959, 13, n° 9-10, 525-528.
- 14 - ALLENDE J.M. & ALLENDE D.A.
Complications du diverticule de Meckel.
Pren. méd. argent., 24 déc. 1971, 58, n° 43, 2087-2091.
- 15 - ALLIOT
Exploration radiologique du diverticule de Meckel.
Thèse Paris, 1957.
- 16 - ALTMAN J. & JAMES A.E.
Ulcère dans un diverticule de Meckel démontré par radiographie.
Brit. J. Radiol., nov. 1970, 43, n° 515, 816-817.
- 17 - ANAVITARTE E.
Quelques aspects de la pathologie du diverticule de Meckel.
An. Fac. Méd. Montevideo, 1949, 34, n° 1-2-3, 125-134.
- 18 - ANDERSSON A. & col.
Primary diseases of the appendices epiploicae.
Zentralbl. Chir., 11 may 1973, 98, 707-709.
- 19 - ANDRESEN J. & col.
Diagnosis of a Meckel's diverticulum.
Roentgenblaetter, mars 1979, 32, n° 3, 124-128.
- 20 - ANDREW W.E.
Indications particulières de la répartition des hernies par voie intra-péritonéale.
Arch. Surg. (Chicago), 1967, 96, n° 1, 25-26.
- 21 - ANTONENKO F.F. & BAGRIY R.M.
Perforation of Meckel's diverticulum with a fish bone in a child.
Khirurgiya (Mosk.), Déc. 1976, n° 12, 86-87.

- 22 - APPEL M.F.
Meckel's diverticulum.
Tex. méd. 1973, 69, 103-108.
- 23 - ARACTINGI Th. R.
Etude de 41 cas d'ablation de diverticule de Meckel.
Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), av. 1961, 15, n° 7-8, 483-488.
- 24 - ARCOMANO J.P. et MURPHY F.C.
Diverticule de Meckel.
Am. J. Dig. Dis., sept. 1962, 7, n° 9, 857-862.
- 25 - ARENTOFT N.
Intestinal obstruction caused by Meckel's diverticulum.
Ugeskr. Laeger., 5 janv. 1976, 138, n° 2, 105
- 26 - ARNAUD L., PEBRIER A. et COURTOIS B.
A propos de la résection de 15 diverticules de Meckel.
Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mai 1963, 17, n° 9-10, 561-566
- 27 - ATANASOV A. & col.
Diseases of Meckel's diverticulum in childhood.
Khirurgia (Sofia), 1973, 26, 542-545.
- 28 - ATOUI I.
Le diverticule de Meckel et ses complications. (A propos de 109 cas dont une sténose duodénale et un diagnostic radiologique).
Thèse Lyon, 1968, 45 p., in *Lyon méd.*, 12 janv. 1969, 221, n°2, 84.
- 29 - AUBERT J.
Fistule iléo-colo-vésicale par diverticule de Meckel. A propos d'un cas, revue de la littérature.
J. Urol. Néphrol., oct.-nov. 1971, 77, n° 10-11, 823-832.
- 30 - AUBREY D.A.
Diverticule de Meckel.
Arch. Surg., fév. 1970, 100, n° 2, 144-146.
- 31 - AUGER P. et GOSSELIN C.
Volvulus du grêle terminal dû à un gros diverticule de Meckel.
Laval. méd., juin 1957, 22, n° 6, 762-766.
- 32 - AUGUSTE C., DELANNOY E. & TACQUET A.
Diagnostic radiologique du diverticule de Meckel.
Arch. Mal. Appar. Dig., 1948, 38, 1125-1127
- 33 - AUGUSTE C., RAZEMON P. et LESCUT J.
2 cas de diverticule de Meckel radiologiquement décelés.
Arch. Mal. App. dig., juin 1962, 51, n° 6, 757-761.
- 34 - AXELROD H.
Diverticule non-Meckelien du jéjunum et de l'iléon.
Am. J. Surg., sept. 1954, 88, n° 3, 405-410.

- 35 - BABIN S. & col.
Diverticule de Meckel avec hémorragie intestinale et fibrinolyse aigüe.
J. Med., Nord-Est, déc. 1968, 5, n° 10, 27-32
- 36 - BADARO H. et DACHER C.
Péritonisme par corps étranger du diverticule de Meckel.
Rev. méd. Moyen-Orient, sept.-oct. 1964, 21, n° 5, 499-500.
- 37 - BAILLAT C.
Invagination chronique chez un grand enfant par invagination du diverticule de Meckel.
Mém. Acad. Arch., 1950, 76, 30-36.
- 38 - BAILLIE R.C.
Incarcération d'une hernie de Meckel chez un nourrisson.
Brit. J. Surg., mars 1959, 46, n° 199, 459-461.
- 39 - BAKER A.L. jr. et MARSHALL S.F.
Le diverticule de Meckel. Relation de 93 cas.
Internat. Surg. Dig., av. 1956, 61, n° 4, 231-234.
- 40 - BAKO G. et BABARCZY I.
Rôle du diverticule de Meckel dans les cas d'invagination intestinale chez l'adulte.
Chirurg., juil. 1966, 37, n° 7, 292-294.
- 41 - BAKOULINA A.M.
Perforation du diverticule de Meckel par une arête de poisson.
Khirurgiia, 1957, n° 4, 146.
- 42 - BALL A.G.
Radiologic seminar CLXXX : Meckel's diverticulum.
J. Miss. State Med. Assoc., apr. 1978, 19, n° 4, 63-64.
- 43 - BAR W. & LAMMEL H.
Hémorragie menaçant la vie par diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 28 fév. 1970, 95, n° 9, 302-304.
- 44 - BARBIER J., FRAILONG J., PAYEN J. & CASQUET C.
Tumeur meckélienne perforée.
Arch. franç. Mal. App. dig., mars 1969, 58, n° 3, 188.
- 45 - BARBIER J. & col.
Léiomyosarcome du diverticule de Meckel.
Jal. Méd. Poitiers, 1974, 5, n° 1, 45-47
- 46 - BARKLEY K.M.
Meckel's diverticulum.
ILL. Med. J., 1974, 145, 125-127.
- 47 - BARRET J.
Tumeurs malignes du diverticule de Meckel.
Brit. J. Surg., 1954, 41, 518-519.

- 48 - BARRETTI J.C.
Les tumeurs malignes du diverticule de Meckel.
Brit. J. Surg., mars 1954, 41, n° 169, 518-519.
- 49 - BARRICK C.W. et FRY K.E.
Diverticule de Meckel.
Arch. Surg., juin 1959, 78, n° 6, 934-936.
- 50 - BARRY P. & PERRODIN F.
A propos de 16 observations de forme abdominale de diverticule de Meckel.
Rev. méd. Dijon, 1er av. 1969, 4, n° 3, 133-138.
- 51 - BARTLETT R.H. & col.
Appendicitis in infancy.
Surg. Gynecol. Obstet., 1970, 130, 99.
- 52 - BARTOLO H.M. (De) Jr. et col.
Meckel's diverticulum.
Ann. Surg., janv. 1976, 183, n° 1, 30-33.
- 53 - BASRA G.S. & col.
X-ray seminar no. 32 Meckel's diverticulum.
J. Med. Assoc. Ga., mar. 1979, 68, n° 3, 205-207.
- 54 - BAUMGART R.
Une complication rare d'un diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 14 sept. 1957, 82, n° 37, 1572-1576.
- 55 - BEAL J.M.
Osler-Rendu-Weber syndrome and Meckel's diverticulum.
Ill. Méd. J., sept. 1972, 142, 195-197.
- 56 - BEAU A., LESURE J., PREVOT J. et MANCIAUX M.
Perforations et hémorragies dues au diverticule de Meckel.
Arch. Franç. Pédi., 1959, 16, n° 10, 1380.
- 57 - BEAU A., PREVOT J., COLLIGNON P. et GUILLAUMONT M.
Réflexions à propos de 23 observations de diverticule de Meckel chez l'enfant et le nourrisson.
Ann. méd. Nancy, juin-juil. 1967, 6, 724-727.
- 58 - BECACHE P., LEVARDON M. & GROUSSARD O.
Adénocarcinome du corps utérin associé à une tumeur carcinoïde du diverticule de Meckel.
Sem. Hôp. Paris, 26 janv. 1974, 50, n° 5, 367-372.
- 59 - BECKER F.P.
Argentaffinomes du diverticule de Meckel de l'iléon adjacent.
Gastroenterology, av. 1960, 38, n° 4, 646-649.
- 60 - BEDAIRIA N., LAHRECHE M.M., PLASSART, PASQUALIN, PJILLALI
Hémorragie digestive grave par diverticule de Meckel chez une enfant de 7 ans.
Société Algérienne de Pédiatrie : séance du 23 janv. 1974,
in : Sem. Hôp. Paris, Ann. Pédiatr. 1974, 21, n° 11, 2769-2805.

- 61 - BEGUIN C.J.M.
Diverticule de Meckel et pancréas aberrant.
Thèse Paris, 1962, n° 483, 49 pages.
- 62 - BELENGER J., FLAMAND J.P. & GOLDSTEIN M.
Bilan de 14 années de cures de hernie.
Acta. Chir. Bel., 1967, 4, 283.
- 63 - BELLO N. (Del)
Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel.
G. Ital. Chir., 1955, 11, n° 3, 202-210.
- 64 - BELLON M. et VINCENT P.
Occlusion par perforation au niveau du diverticule de Meckel.
Pédiatrie, 1958, 13, n° 7, 824-825.
- 65 - BELOV S.I. & col.
Acute surgical diseases of the Meckel's diverticulum.
Vestn. Khir. feb. 1978, 120, n° 2, 44.
- 66 - BELOV S.P. et POSDEEV I.C.
Perforation du diverticule de Meckel par une arête de poisson.
Khirurgiia (Moscou), 1957, n° 3, 122.
- 67 - BELTRAME A. et ZAFFARONI G.
Diverticule de Meckel et persistance du canal omphalo -
mésentérique. Présentation de 22 cas.
Arch. ital. Chir., 1964, 90, n° 2, 175-187.
- 68 - BENEDETTO V.
Occlusion intestinale par néoplasie du diverticule de Meckel.
Minerva chir., 30 nov. 1954, 9, n° 22, 1063-1067.
- 69 - BENEDETTO V.
Occlusion intestinale par tumeur du diverticule de Meckel.
Minerva chir., 1954, 9, n° 22, 1053-1067.
- 70 - BENEDETTO V.
Syndromes abdominaux par diverticule de Meckel (contribution
clinique).
Minerva chir., 31 janv. 1963, 18, n° 2, 77-84.
- 71 - BENSON C.D.
Surgical implications of Meckel's diverticulum, in Mustard W.T.,
Ravitch M.M., Synder W.H. (eds).
Pédiatrie Surgery, ed 2 Chicago, Year Book Médical Publishers
Inc., 1969, 2, 864-872.
- 72 - BENSON C.D. et LINKNER L.M.
Complications chirurgicales du diverticule de Meckel chez le
nourrisson et l'enfant.
Arch. Surg., sept. 1956, 73, n° 3, 393-398.
- 73 - BERENBERG W.
Paroxysmal hypertension with "burning" abdominal pains.
Clin. Pédiatr. (Phila), oct. 1971, 10, 588-589.

- 74 - BERGLAND R.M., GUMP F. et PRICE J.B.
An unusual complication of Meckel's diverticula seen in older patients.
Ann Surg., juil. 1963, 158, n° 1, 6-8.
- 75 - BERKLEY K.M.
Meckel's diverticulum.
Ill. Méd. Janv. fév. 1974, 145, 125-127.
- 76 - BERMAN E.J., SCHNEIDER A. et POTTS W.J.
Importance de la muqueuse gastrique dans le diverticule de Meckel.
J.A.M.A., 4 sept. 1954, 156, n° 1 - 6-7.
- 77 - BERNARD R., AUBRESPY P., MAESTRAGGI P. et col.
Hémorragie digestive avec anémie grave par ulcère du diverticule de Meckel.
Arch. franç. Péd. juil.-août 1961, 18, n° 7, 955-959.
- 78 - BERNASCHEK W.
Complication post opératoire par un diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 1954, 79, n° 31, 1304-1307.
- 79 - BERNE A.S.
Le diverticule de Meckel : radio-diagnostic.
New England J. Med., 2 av. 1959, 260, n° 14, 690-696.
- 80 - BERNIER L.
La pathologie du diverticule de Meckel.
Laval. méd., av. 1963, 34, n° 4, 421-425.
- 81 - BERQUIST T.H., NOLAN N.G., CARLOSON H.C. & STEPHENS D.H.
Diagnosis of Barrett's esophagus by pertechnetate scintigraphy.
Mayo Clin. Proc., 1973, 48, 277.
- 82 - BERQUIST T.H., NOLAN N.G., ADSON M.A. & SCHUTT A.J.
Diagnostic du diverticule de Meckel par scintigraphie aux isotopes.
Mayo Clin. Proc., fév. 1973, 48, n° 2, 98-102.
- 83 - BERQUIST T.H. et coll.
Specificity of 99m Tc pertechnetate in scintigraphic diagnosis of Meckel's diverticulum : review of 100 cases.
J. Nucl. Méd., juin 1976, 17, n° 6, 465-469.
- 84 - BERSON H., PLICHART P. et WIRINGER P.
A propos de 5 images radiologiques de diverticule de Meckel avec 3 vérifications opératoires.
J. Radiol. Electrol., mai 1959, 40, n° 5, 276-279.
- 85 - BETOULIERES P., PELISSIER M. et PRIOTON
Melaena, plombs de chasse et diverticule de Meckel.
J. Radiol. Electrol., nov.-déc. 1956, 37, n° 11-12, 914-915.
- 86 - BIANCHI R.G. et LOPEZ J.A.
Melaena par ulcère peptique du diverticule de Meckel.
Prensa méd. argent., 27 mars 1959, 46, n° 13, 786-788.

- 87 - BICALHO A. et MAGALHAES M.C.
Présence de muqueuse gastrique au niveau d'un diverticule de Meckel entraînant un ulcère et une hémorragie intestinale.
Hospital, déc. 1964, 66, n° 6, 1351-1358.
- 88 - BIENKOWSKI R.
Meckel's diverticulitis as a cause of urinary bladder perforation.
Wiad. Lek., 15 oct. 1978, 31, n° 20, 1469-1470.
- 89 - BIRD W.E.
Littre's umbilical hernia.
Amer. J. Surg., 1943, 60, 81.
- 90 - BISCHOFF M.E. et STAMPFLI W.P.
Le diverticule de Meckel : son diagnostic radiographique.
Radiology, oct. 1955, 65, n° 4, 572-577.
- 91 - BLANC M.
Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel.
Thèse Paris, 1899.
- 92 - BOBEK V.
On the incidence of perforations of Meckel's diverticulum by a foreign body.
Cesk. Gastroenterol. Vyz., oct. 1978, 32, n° 7, 430-432.
- 93 - BODEWIG H.O.
Perforation du diverticule de Meckel dans un cas de lymphosarcomatose.
Langenbecks Arch. klin. Chir., 1958, 288, n° 5, 412-416.
- 94 - BOGREN H.G. & BILLING L. (Ekmanska Sjukhuset, S-412 24 Gothenburg Swed).
Multiple calculi in a Meckel's diverticulum. Report of a case.
Acta Radiol. Diagnosis Suède, nov. 1977, 18, n° 6, 669-672.
- 95 - BOHN G.L.S.
Meckel's diverticulum in crural hernias of males. 2 cases.
Ugeskr. Laeg., 1943, 105, 844.
- 96 - BOIKO N.T.
Meckel's diverticulum in emergency abdominal surgery.
Vestn. Khir., fév. 1972, 107, 43-45.
- 97 - BOLDERO J.L.
Inverted Meckel's diverticulum as a cause of anaemia and continuing blood loss.
Br. J. Radiol., oct. 1978, 51, n° 610, 829-830.
- 98 - BOLDERO J.L.
Calculs dans un diverticule de Meckel.
J. Fac. of Radiol., juil. 1958, 9, n° 3, 157-160.
- 99 - BOMFORD W.B.N.
Diverticulose jéjunale, crise d'occlusion intestinale.
Brit. J. Surg., mai 1960, 47, n° 206, 690-692.

- 100 - BONDESON L. & col.
Crohn's disease in heterotopic gastric mucosa in a Meckel's diverticulum.
Acta Pathol. Microbiol. Scand., may 1974, 82, 427-430.
- 101 - BORDE J. & LEFORT J.
Les accidents du diverticule de Meckel.
Gaz. Med. Fr., 30 mars 1973, 80, n° 13, 2207-2214.
- 102 - BORGSTRÖM S. et EKMAN C.A.
L'hémorragie par diverticule de Meckel. Discussion basée sur 2 cas
Acta chir. scand., 19 oct. 1954, 108, n° 1, 1-5.
- 103 - BORGSTRÖM S. et ERKMAN C.A.
Symptômes hémorragiques par diverticule de Meckel.
Nord. méd., 17 fév. 1955, 263.
- 104 - Pina BORONAT R. & col. (Clin. Puerta de Hierro univ. auton. Madrid)
Diverticulo de Meckel causante de anemia. Diagnostica preoperatorio. Diverticule de Meckel cause d'anémie. Diagnostic pré-opératoire.
Rev. Clin. Esp., 1978, 148, n° 1, 99-101.
- 105 - BORSO A.
Le diverticule de Meckel dans le tableau de l'abdomen aigu.
Policlinico (sez. prat.), 14 oct. 1957, 64, n° 41, 1499-1501.
- 106 - BOSCAINO M.
Léiomyome dans un diverticule de Meckel perforé.
Policlinico (sez. prat.), 25 av. 1960, 67, n° 17, 589-595.
- 107 - BOSIO U.
Le diverticule de Meckel chez l'enfant.
Minerva ped., 7 fév. 1966, 57, n° 11, 425-430.
- 108 - BÖTTCHER R.F.
Meckel's diverticulum as a cause of severe abdominal diseases.
Dtsch. Gesundheitsw., 26 aug. 1971, 26, 1667-1669.
- 109 - BOUCHERON M.
Diverticule de Meckel et pancréas aberrant.
Arch. Mal. App. dig., janv. 1953, 42, n° 1, 54-56.
- 110 - BOUCHERON M.
Lipome du diverticule de Meckel. Invagination du diverticule.
Arch. Mal. App. dig., janv. 1953, 42, n° 1, 56-58.
- 111 - BOUCHIT G. & col.
Diverticules de Meckel familiaux.
Bordeaux chir., av. 1963, n° 2, 86-87.
- 112 - BOUYALA J.M., DERLON S. et AUBRESPY P.
Diverticule de Meckel chez l'enfant. A propos de 25 cas.
Ann. Chir. Infant., mars 1966, 7, n° 1 - 11-16.

- 115 - BOUYALA J.M.
Le diverticule de Meckel.
Méd. int., 1972, 7, n° 1, 11-16.
- 116 - BOUYALA J.M., AUBRESPY P. et MINTICELLI J.
A propos de 20 cas de diverticule de Meckel chez l'enfant.
Marseille Chir., 1963, 15, 411-419.
- 117 - BOUYALA J.M., DERLON S. et AUBRESPY P.
Diverticule de Meckel chez l'enfant. A propos de 25 cas.
Ann. Chir., inf., mars 1966, 7, n° 1, 11-16.
- 118 - BRACCO L.L.
Considérations de technique et d'anatomie chirurgicale à propos de quelques interventions sur l'intestin grêle (ablation du diverticule de Meckel).
Minerva chir., 31 janv. 1954, 9, n° 2, 65-69.
- 119 - BRADEMANN H.
Un diverticule de Meckel isolé, englobé dans une hernie inguinale.
Zbl. Chir., 22 oct. 1960, 85, n° 43, 2135-2137.
- 120 - BRADHAM R.R. et MARTIN A.M.
Complications du diverticule de Meckel.
Internat. Surg. Dig., juil. 1965, 74, n° 7, 276.
- 121 - BRAVO J.L., BARCENA J., GAUGH G.M., DRAGSTEDT L.R., MOUTAIN C.F., RAGINS H., LYON E.
Diverticule de Meckel expérimental.
Arch. Surg., fév. 1957, 74, n° 2, 255-258.
- 122 - BREE R.L. et REUTER S.R.
Angiographic demonstration of a bleeding Meckel's diverticulum.
Radiology, août 1973, 108, n° 2, 287-288.
- 123 - BRET P. & col.
Radiologie du diverticule de Meckel.
Ann. Radiol., juil.-sept. 1974, 7, n° 5, 479-485.
- 124 - BRIZUELA A.F.
Appendico-diverticulite (inflammation de l'appendice caecal et du diverticule de Meckel).
Prensa méd. argent., 2 août 1963, 50, 2255-2257.
- 125 - BROCKLEHURST G. et CRAN I.M.
Une complication rare du diverticule de Meckel (obstruction du grêle).
Brit. J. Surg., mai 1962, 49, n° 218, 604-605.

- 126 - BROMBART M. et DE WITTE J.
Diverticule de Meckel.
Sem. Hôp. Paris, 14 av. 1969, 45, n° 18, 1208-1209.
- 127 - BROOKES V.S.
Diverticule de Meckel chez les enfants.
Brit. J. Surg., juil. 1954, 42, n° 171, 57-68.
- 128 - BROWN R.G.
Anomalie curieuse du diverticule de Meckel.
Med. Clin. North. Am., janv. 1953, 37, n° 1, 227-235.
- 129 - BSTEH F.X.
Invagination inhabituelle du diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 13 fév. 1960, 85, n° 7, 281-286.
- 130 - BUCHSBAUM H.J.
Meckel's diverticulum.
Obstet. Gynécol., mars 1975, 45, n° 3, 311-314.
- 131 - BUNGART H. et GREMMEL H.
Les diverticules de Meckel et leurs complications.
Zbl. Chir., 11 av. 1959, 84, n° 15, 577-582.
- 132 - BURKE E.L.
Intubation : The simple approach to bleeding from the mesenteric small bowel.
Milit. Med., February 1974, 139, 105-107.
- 133 - BYNE J.M. jr. et VOYLES W.R.
Le diverticule de Meckel.
J. Med. Ass. Georgia, mai 1961, 50, n° 228
in Internat. Surg. Dig., nov. 1961, 70, n° 11, 674-677.
- 134 - CABANAC J. et BRETEL.
Diverticule de Meckel perforé associé à une appendicite aiguë.
Lyon chir., janv. 1958, 54, n° 1, 117-118.
- 135 - CABANNE F., BARON F. et coll.
Péritonite méconiale avec pancréas normal et diverticule de Meckel.
Presse méd., 26 oct. 1963, n° 45, 2160.
- 136 - CABY F.
L'ulcère simple du jéjuno - iléon.
Thèse Paris, 1937, 1 vol. Arnette Ed.
- 137 - CAIONE P. & col.
Tumors of Meckel's diverticulum.
Minerva Chir., 30 apr. 1978, 33, n° 8, 487-492.
- 138 - CALETTI G.C. & col.
Enterorrhagia of ulcerated Meckel's diverticulum from the point of view of current diagnostic technics. Report of a case.
Arch. De. Vecchi. Anat. Patol., 26 sept. 1973, 59, n° 1, 111-126.

- 139 - GANGIOTTI L. et col.
An unusual case of perforation of Meckel's diverticulum.
Minerva Chir., 15 av. 1977, 32, n° 7, 421-424.
- 140 - CANTY T. et col.
Perforation of Meckel's diverticulum in infancy.
J. Pediatr. Surg., av. 1975, 10, n° 2, 189-193.
- 141 - CAPECCHI G.
Enterorragie aigüe par neurofibrome du diverticule de Meckel.
Minerva chir., 15 oct. 1968, 23, n° 19, 1036-1041.
- 142 - CAPLAN M. et BADNER D.
Une démonstration radiologique du diverticule de Meckel.
Rev. Gastroent., nov.1952, 19, n° 11, 873-880.
- 143 - CAPRON J.P. & col.
Gastrin cells in Meckel's diverticulum.
N. Engl. J. Med., 17 nov. 1977, 297, n° 20, 1126.
- 144 - CARABALONA P.
Diverticules de l'intestin grêle.
EMC, traité Estomac, 7-1955, 9043 G 10.
- 145 - CARCASSONE M., BERGOIN M., CHAMLIAN A. et BEN SOUSSAN A.
Diverticule de Meckel intramésentérique, problèmes nosologiques et diagnostiques.
Marseille chir., 1968, 20, n° 5, 443-447.
- 146 - CARESANO A. & col.
Meckel's diverticulum : considérations on the radiologic diagnosis and présentation of a case.
Acta. Chir. Ital., janv.-fév., 1968, 24, 89-99.
- 147 - CARIDIS D.T. et SMITH G.
Occlusion du grêle par entérolithe provenant d'un diverticule de Meckel.
Presse méd., 27 janv. 1965, 73, n° 5, 261-262.
- 148 - CARLES
Conduite à tenir devant une hernie étranglée.
Rev. Médecine, 1973, 30, 2003-2009.
- 149 - CASE T.C.
Meckel's diverticulum in an adult.
J. Am. Geriatr. Soc., juil. 1971, 19, 649-651.
- 150 - CASSINELLI J.F.
Hétérotopie tissulaire pancréatique dans le diverticule de Meckel.
Ann. Fac. Med. Montevideo, 1949, 34, n° 4-5, 353-376.
- 151 - CASTLEDEN W.M.
Diverticule de Meckel dans une hernie ombilicale.
Brit. J. Surg., déc. 1970, 57, n° 12, 932-934.

- 152 - CATTAN M.
Séance du 2 juillet 1962 de la Soc. Nation. Franç. de Gastroentérologie.
Arch. Mal. App. Dig., 1962, 51, 1152.
- 153 - CATTAN R., FRUMUSAN P., HIVET M., JULIEN C. et BISMUTH V.
Hémorragies intestinales par diverticule de Meckel avec hétérotopie gastrique sans ulcère chez un adulte.
Arch. Fr. Mal. App. Dig., déc. 1960, 49, n° 12, 1670-1677.
- 154 - CAULET T., LEFAUCHER C., NICAISE H. et ADNET J.J.
Diverticule de Meckel. A propos de 17 observations.
Ann. Med. Reims, sept. 1967, 4, n° 3, 167-175.
- 155 - CERISIER C.J.P.A.
A propos de 6 observations de diverticule de Meckel.
Thèse Paris, 1958, n° 886, 48 pages.
- 156 - CERVETTO J.L. & col.
Radiologic diagnosis of Meckel's diverticulum.
Acta. Gastroenterol. Latinoam., 1978, 8, n° 3, 195-199.
- 157 - CHAKRABARTY P.B. & col.
Meckel's diverticulum in intestinal obstruction.
J. Indian. Med. Assoc., 16 janv. 1974, 62, 46-49.
- 158 - CHANCE D.P.
Occlusion intestinale aiguë secondaire à un diverticule de Meckel.
Report de 9 cas.
Proc. Mayo Clin., 13 oct. 1954, 29, n° 21, 567-568.
- 159 - CHATELIN C.L.
Invagination iléo-caeco-colique de l'adulte par diverticule de Meckel.
Confront. radio-anatomo-clin., suppl. Presse méd. 6 av. 1963, 71, n° 17, 84.
- 160 - CHATTERJEE C.R.
Sarcomas of Meckel's diverticulum.
Canad. J. Surg., av. 1970, 13, 163-165.
- 161 - CHAUDHURI T.S. & col.
False positive Meckel's diverticulum scan.
Surgery., féb. 1972, 71, 313.
- 162 - CHERIGIE E., JOURDE L. & BOUSKELA R.
Radiographie de l'intestin grêle.
E.M.C. Radiodiagnostic, 4, 33.330, C 10.
- 163 - CHERIGIE E., TAVERNIER C., VERSPYCK R., RAYNAL (Mme) et DUPAS J.
Etude radiologique des diverticules de l'intestin grêle.
J. Radiol. Electrol., 1954, 35, n° 9-10, 787-788.
- 164 - CHRISTENSEN E.
Syndrome aigu par lésion du diverticule de Meckel.
Nord. Méd., 1953, 50, n° 47, 1614-1616.

- 165 - CHRISTENSEN E.
Le diverticule de Meckel, urgence abdominale.
Brit. Med. J., 12 juin 1954, n° 4875, 1347-1350.
- 166 - CHRISTIANSEN K.H. et CANCELMO R.P.
Ileus calculeux de Meckel.
Am. J. Roetgenol., janv. 1967, 99, n° 1, 139-141.
- 167 - CHRISTIE A.
Diverticule de Meckel.
Amer. J. Dis. Child., nov. 1972, 124, n° 5, 700.
- 168 - CHRISTIEN G., BUQUEN P. et SOYER J.J.
Diverticule de Meckel. Confrontations radio - anatomo - cliniques.
Presse méd., 22 janvier 1966, 74, n° 4, 63.
- 169 - G. CHRISTIEN & coll.
Diverticule de Meckel chez une femme de 60 ans.
Sem. Hôp. Paris, 16 janv. 1978, 54, n° 3, 181-183.
- 170 - CIGARROA L.G. & MALAKOFF M.E.
Strangulated littre's femoral hernia.
Tex. St. J. Med., 1954, 50, 481.
- 171 - CIRIC S.
Acute abdomen caused by an accessory pancréas in the Meckel's diverticulum.
Acta. Chir. Iugosl., 1975, 22, n° 1 suppl. 173-176.
- 172 - CLASSEN J.L., WIEDERANDERS R.E. et SYMBAS P.N.
Diverticule de Meckel avec tumeur carcinoïde.
Surgery, mars 1961, 49, n° 3, 328-330.
- 173 - CLAVEL C.
Stratégie et tactique en chirurgie abdominale d'urgence.
Masson éd., Paris, 1955, 156-158.
- 174 - COING F.
Les complications hémorragiques du diverticule de Meckel chez l'enfant.
(Thèse Lyon, 1961, 66 pages). *Lyon méd.*, 10 sept. 1961, 93, n° 37, 441.
- 175 - COLBERT M.
Letter : Problems with radio-isotope scan for Meckel's diverticulum.
N. Engl. J. Med., 5 september 1974, 291, 530-531.
- 176 - COLLINS D.C.
Diverticule de Meckel. étude de 50 cas.
J. Intern. Coll. Surg., 1950, 13, n° 6, 345-348.
- 177 - COLOMBO F. & col.
Tumors of Meckel's diverticulum.
Minerva gastroentérol., janv.-mars 1974, 20, 11-18.

- 178 - COMBEMALE B., PROYE C. & MESTDAGH H.
4 observations de hernie de Littré.
Lille chir., mai-août 1969, 24, n° 3-4, 166-170.
- 179 - CONOLE F.D.
Complications d'un diverticule de Meckel observées chez l'adulte.
Am. J. Gastroenterol., août 1959, 32, n° 2, 210-215.
- 180 - COOPER M.
Diagnosis of Meckel's diverticulum by sodium pertechnetate
Tc 99 m scan.
J.A.M.A., 5 avr. 1976, 235, n° 14, 1471-1472.
- 181 - CORLEY K.C.
Roentgenologic aspects of Meckel's diverticulum.
Med. Ann. D.C., nov. 1969, 38, 592-596.
- 182 - CORNET A. et coll.
Diverticule de Meckel à forme hémorragique. Dépistage
artériographique.
Sem. Hôp. Paris, 20 déc. 1967, 43, n° 53/8, 3441-3449.
- 183 - COWEN J.
Two cases of Meckel's diverticulum shown by technetium scanning.
Proc. R. Soc. Med., mars 1977, 70, n° 3, 213-214.
- 184 - COX W.L. jr.
Leiomyosarcome du diverticule de Meckel.
Am. J. Surg., juin 1964, 107, n° 6, 881-882.
- 185 - CRAFT A.W. et col.
Giant Meckel's diverticulum causing intestinal obstruction in
the newborn.
J. Pediatr. Surg., déc. 1976, 11, n° 6, 10037-10038.
- 186 - CRANDALL R. et HIRST A.
Diverticule de Meckel : sa signification clinique. Rapport de
54 cas.
California méd., oct. 1957, 87, n° 4, 252-255.
- 187 - CRISCI C. & col.
Meckel's diverticulum. Considérations on a case with gastric
mucosa heterotopy and bleeding ulcer.
Arch. De Vecchi. Anat. Pat., déc. 1968, 54, 537-545.
- 188 - CROSS V.F., WENDTH A.J., PHELAN J.J., GOUSSOUS H.G. & MORIARTY D.J.
Diverticule de Meckel géant chez un prématuré.
Am. J. Roentgenol., mars 1970, 108, n° 3, 591-597.
- 189 - CSEH Z.
Traumatic rupture of Meckel's diverticulum.
Magy. Traumatol. Orthop. 1972, 15, 143-144.
- 190 - CULLEN T.
Hernie d'un diverticule de Meckel enflammé à travers le hiatus
de Winslow.
Arch. Middle Hospital, oct. 1954, 278.

- 191 - DALINKA M.K. & WUNDER J.F.
Diverticule de Meckel et ses complications : intérêt de la démonstration radiologique.
Radiology, fév. 1973, 106, n° 2, 295-298.
- 192 - DALINKA M.K., WUNDER J.F. & WOLFE R.D.
Hernie interne à travers le mésentère d'un diverticule de Meckel.
Radiology, av. 1970, 95, n° 1, 39-40.
- 193 - D'ALOTTO V. & ITURRASPE M.
Hemorragia digestiva por diverticulo de Meckel.
Rev. argent. Radiol., janv.-août 1973, 36, n° 1-2, 95.
- 194 - DANG VAN CHIEU, THAI MINH BACH, LE THAI et TRAN VAN KHANG
A propos de 2 cas de diverticulite de Meckel perforée.
Acta med. vietnam, janv. 1963, 7, n° 1, 3173-3182.
- 195 - DANY A., MULIER J.
A propos d'un cas de perforation d'un ulcère peptique du diverticule de Meckel.
Bull. Méd., 1949, 63, 75-76.
- 196 - DATCHARY A. & BOUCHER P.
Un cas d'iléus alimentaire tropical sur diverticule de Meckel.
Med. trop., mars-av. 1974, 34, n° 2, 286-289.
- 197 - DAUM R. et HOLLMANN G.
Perforation foetale d'un diverticule de Meckel, cause d'ileus congénital.
Zbl. chir., 21 janv. 1967, 92, n° 3, 107-109.
- 198 - DAUMERIE G. et DESCAMPS - WALLEF G.
Hémorragie intestinale et diverticule de Meckel.
Acta gastro - enterol. balg., oct. 1966, 29, n° 10, 879-910.
- 199 - DAVIDSON C.L. et HIRSCH S.
Diverticule de Meckel. Cas cliniques et autopsies.
Am. J. Surg., oct. 1954, 88, n° 4, 602-605.
- 200 - DAYAL Y. & col.
Gastrin-producing cells in ectopic gastric mucosa of developmental and metaplastic origins.
Gastroenterology, oct. 1978, 75, n° 4, 655-660.
- 201 - DAYAN L., JANBON C., BAISSUS C.
Carcinoïde du diverticule de Meckel avec métastases hépatiques.
Société de gastroentérologie du littoral méditerranéen.
Marseille : séances des 24 et 25 octobre 1970 in :
Arch. des maladies de l'appareil digestif, mars 1971, 60, n° 1-2, 160-161.
- 202 - DEARLOVE T.P.
Diverticulite et diverticulose : relation d'une complication rare.
Méd. J. Austral., 27 mars 1954, 41, n° 13, 470-475.

- 215 - DOLINSKI J. & col.
Malabsorption syndrome as a complication of surgical treatment.
Wiad. Lek., 10 oct. 1976, 229, n° 19, 1761-1764.
- 216 - DONY A. & col.
Meckel's diverticulum and digestive hemorrhage.
J. Belge Radiol., nov.-déc. 1974, 57, n° 6, 455, 457.
- 217 - DOUTRE L.P.
"Mésentère commun" associé à la persistance d'un diverticule de Meckel.
Bordeaux chir., janv. 1959, n° 1, 5-10.
- 218 - DOVEY P.
Calcul dans le diverticule de Meckel. Diagnostic radiologique préopératoire.
Brit. J. Radiol., nov. 1971, 44, n° 527, 888-890.
- 219 - DOWSE J.L.A.
Le diverticule de Meckel.
Brit. J. Surg., janv. 1961, 48, n° 210, 392-399.
- 220 - DOYLE J.L. et SEVERANCE A.O.
Tumeurs carcinoïdes du diverticule de Meckel.
Cancer, nov. 1966, 19, n° 11, 1591-1593.
- 221 - DRACH G.S.
Ulcère hémorragique du diverticule de Meckel chez l'enfant.
Khirurgia (Moscou), oct. 1963, n° 10, 67-72.
- 222 - DRENKAHN J.
Découvertes et complications remarquables au niveau du diverticule de Meckel.
Chirurg., juin 1962, 33, n° 6, 247-251.
- 223 - DREZE C.
Iconography of Meckel's diverticulum.
Rev. Med. Liège., 1 may 1974, 29, 267-268.
- 224 - DUBOST J. & col.
Diverticule de Meckel diagnostiqué par artériographie.
J. Radiol. Electrol., mai 1969, 50, n° 5, 362-363.
- 225 - DUBRA C.C. et LANGE W.G.
Le diverticule de Meckel. Brèves considérations sur sa pathologie.
Prensa med. argent., 9 janv. 1953, 40, n° 2, 72-84.
- 226 - DUCASTAING R., SEYLEN H.
Considérations à propos de 2 cas de hernies de Littré étranglées.
Rev. Chir., 1949, 341-352.
- 227 - DUHAMEL B.
Technique chirurgicale infantile.
Masson éd., Paris, 1957, 54, n° 55, 184.

- 228 - DUHAMEL B., HAEGEL P. et PAGES R.
Morphogénèse pathologique.
Masson, édit., Paris, 1966, 1 vol. 307 pages.
- 229 - DUNCAN D.
Diverticule de Meckel avec abcès mésentérique.
Brit. J. Surg., mai 1956, 43, n° 182, 664.
- 230 - DUNN T.M. et MARKGRAF W.H.
Diverticule de Meckel invaginé dans une hernie de Littre.
Am. J. Surg., janv. 1962, 103, n° 1, 144-145.
- 231 - DURDA I.I.
Diverticule de Meckel dans une hernie inguino - scrotale droite congénitale étranglée.
Pédiatrie (Moscou), mars 1966, n° 3, 79.
- 232 - DUSZYNSKI D.O., JEWET T.C. et ALLEN J.A.
Te 99 m Na pertechnate scanning of the abdomen with particular reference to small bowel pathology.
Amer. J. Roentgenol., oct. 1971, 113, 258-262.
- 233 - DYKTYNSKI P. & col.
Meckel's diverticulum as a cause of massive gastrointestinal hemorrhage.
Pol. Tyg. Lek., 19 déc. 1977, 32, n° 51, 2019-2020.
- 234 - DWORSKI S.
Diverticule de Meckel traité par résection duodénale au cours de l'accouchement.
Zbl. Gyn., 26 juil. 1969, 91, n° 30, 984-987.
- 235 - EBERHARDT G.
Diverticule de Meckel à étendue inhabituelle.
Fortschr. Geb. Röntgenstr., mai 1970, 112, n° 5, 691-692.
- 236 - EBERHARDT G.
An unusually large Meckel's diverticulum.
Fortschr. Geb. Roentgenstr. Nuklearmed., mai 1970, 112, 691-692.
- 237 - EDYE B., VOSS K.B. et MANCHESTER E.G.H.
Dépistage radiologique d'un diverticule de Meckel.
Méd. J. Australia, 21 nov. 1959, 46, n° 21, 765-766.
- 238 - EISENBERG D. et col.
Bleeding Meckel's diverticulum diagnosed by artériography and radioisotope imaging.
Am. J. Dig. Dis., juin 1975, 20, n° 6, 573-576.
- 239 - EISENBETH R., FRANK P. et BLOCH P.
Lipome développé dans un diverticule de Meckel et invaginé dans le grêle.
Arch. Mal. App. dig., nov. 1964, 53, n° 11, 1248-1250.

- 240 - ELIAS M.G. et LADIN P.
Le diagnostic radiologique d'un diverticule de Meckel.
Am. J. Dig. Dis., fév. 1950, 17, n° 2, 48-50.
- 241 - ELLIOT G.B. et EVANS H.S.
Perforation peptique du diverticule de Meckel.
Ann. Surg., juil. 1953, 138, n° 1, 127-131.
- 242 - EMERY J.
A propos de diverticules de Meckel.
Marseille chir., 1963, 15, 471.
- 243 - ENDLICH H.L., KAFKA H.L. et PWSNER L.G.
Diverticule de Meckel géant.
J.A.M.A., 29 mars 1965, 191, n° 13, 1084-1085.
- 244 - ENGE I. et FRIMANN - DAHL J.
Radiologie des troubles abdominaux aigus dus au diverticule de Meckel.
Brit. J. Radiol., oct. 1964, 37, n° 442, 775-780.
- 245 - ENGEVIK L. & col.
Angiography in the diagnosis of gastro-intestinal hemorrhage.
Lakartidningen, 20 juin 1973, 70, 2420-2421.
- 246 - ERLER E.
Diverticule de Meckel, complications rares.
Zbl. Chir., 22 oct. 1960, 85, n° 43, 2132-2134.
- 247 - ESCRIVA ESCRIVA J. & col.
Acute abdomen and perforation of a peptic ulcer of Meckel's diverticulum.
Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., 1er janv. 1974, 42, n° 1, 67-72.
- 248 - ETIENNE, LISBONNE et MIMRAN
Invagination iléo-iléale amorcée par un diverticule de Meckel.
Montpellier chir., 1954, n° 6, 361.
- 249 - EVANS H.S., ELLIOT G.B.
Complications du diverticule de Meckel.
Canad. Méd. Ass. J., 1953, 69, n° 5, 527-529.
- 250 - EYMERY J.
A propos des diverticules de Meckel.
Marseille chir., 1963, 15, 471.
- 251 - FARIS H.C. et WHITLEY J.E.
Angiographic démonstration of Meckel's diverticulum.
Radiology, août 1973, 108, n° 2, 285-286.
- 252 - FEDOR E. & col.
Meckel's diverticulum and its complications.
Orv. Hetil., 9 nov. 1975, 116, n° 45, 2653-2656.

- 253 - FEDOR E. & col.
Bleeding Meckel's diverticulum in childhood.
Orv. Hetil., 1er décembre 1974, 115, n° 48, 2865-2866.
- 254 - FEDOROV A.P. & col.
Perforation of Meckel's diverticulum.
Vestn. khir., apr. 1972, 108, 125-126.
- 255 - FEDOROV A.P. et col.
Invagination of Meckel's diverticulum.
Vrach. Delo. 1971, 101-102.
- 256 - FEGGI L.M. & col.
Préopérative diagnosis of Meckel's diverticulum with 99 m Tc-pertechnetate.
Ric. Clin. Lab., janv.-mars 1977, 7, n° 1, 86-92.
- 257 - FEIGENBERG Z. et col.
The complications of Meckel's diverticulum.
Harefuah., 1er sept. 1974, 87, n° 5, 217-219.
- 258 - FEIST J.H. et WILDE R.C.
Diverticule de Meckel symptomatique, d'un volume excessif.
Am. J. Roentgenol., mai 1960, 83, n° 5, 882-885.
- 259 - FELDMAN M.I.
Calculs du diverticule de Meckel.
Radiology, mars 1966, 86, n° 3, 541-543.
- 260 - FELICE L. (De)
Strangulated crural hernia (Litttré).
Arch. De Vecchi. Anat. pat., 1949, 12, 283.
- 261 - FENGER C. & col.
Meckel's diverticulum.
Ugeskr. Laeger., 6 janv. 1975, 137, n° 2, 82-85.
- 262 - FEO E. (De)
Grand diverticule de Meckel.
Am. J. Gastroenterol., oct. 1961, 36, n° 4, 435-437.
- 263 - FERGUSON L.H.
Granulome de la région iléo-caecale dû à un diverticule.
Ann. Surg., janv. 1955, 141, n° 1, 134-137.
- 264 - FERRAND J. et DEBAILLE R.
A propos de 2 cas de diverticule de Meckel.
Afrique franç. chir., fév.-mars 1954, 12, n° 2, 240-241.
- 265 - FETTERMAN L.E.
Diverticule de Meckel se manifestant comme un polype (inverti) sur les radiographies.
Brit. J. Radiol., déc. 1968, 41, n° 492, 940-941.

- 266 - FEVRE M.
Manifestations cliniques des vestiges omphalo-mésentériques
(Diverticule de Meckel).
Encycl. méd. chir. (Paris), 3 - 1965, Fasc. 4018 P-10.
- 267 - FEVRE M.
Chirurgie infantile et orthopédique.
Flammarion éd., Paris, 1967, 379-385.
- 268 - FIELD R.J. et FIELD R.J. jr.
Occlusion intestinale produite par un coprolithe formé dans
le diverticule de Meckel.
Arch. Surg., juil. 1959, 79, n° 1, 8-9.
- 269 - FIGUEROA G. et TEDESCHI L.G.
Tumeurs carcinoïdes dans le diverticule de Meckel.
Rapport d'un cas.
Am. J. Dig. Dis., nov. 1967, 12, n° 11, 1178-1180.
- 270 - FISCHER W. & col.
Chronic subileus due to a double invagination in leiomyoma of
Meckel's diverticulum.
Z. Aerqtl. Forbild. (Jena), 15 juin 1975, 69, n° 12, 657-659.
- 271 - FISKE D. et ASHER L.
Diverticulose viscérale extensive.
J. Am. Med. Ass., 18 déc. 1948, 138, n° 16, 1153-1155.
- 272 - FITCH N. & col.
The Meckel syndrome with limited expression in relatives.
Clin. Genet., 1973, 4, 33-37.
- 273 - FITZ R.M.
Persistent omphalo-mesenteric remains. Their importance in the
causation of intestinal duplication, cyst-formation and obstruc-
tion.
Amer. J. Med. Sci., 18884, 88, n° 2, 30-57.
- 274 - FIZ G., PARNEIX M., MARQUE B., et CHURET J.P.
Au sujet d'un cas d'appendice en position gauche, associé à
une diverticulite de Meckel.
Bordeaux chir., janv. 1966, n° 1, 38.
- 275 - FLETCHER P. & col.
Abdominal scanning for bleeding Meckel's diverticulum using
99 m Tc-pertechnetate.
Aust. Pediatr. J., déc. 1978, 14, n° 4, 244-247.
- 276 - FOJCOK K.J.
Le diverticule de Meckel, source d'hémorragie.
Am. J. Surg., oct. 1957, 94, n° 4, 632-635.
- 277 - FOLTZ E.E. et KEARNS J.E.
Cancer d'un diverticule de Meckel mis en évidence par les
rayons X.
Gastroenterology, mai 1955, 28, n° 5, 851-855.

- 203 - DEBRE R., BOPPE et SEMELAIGNE
 Ulcère peptique du diverticule de Meckel perforation et fistule diverticulocolique.
Bull. Soc. Péd., juil. 1931, 402 et *Arch. Méd. Enf.*, mai 1932.
- 204 - DELEGHER Y.
 Diverticule de Meckel chez l'enfant. Revue de 17 cas.
Acta chir. belg., janv. 1971, 70, n° 1, 30-44.
- 205 - DELL'ACQUA A. & col.
 Adenomatous polyp in Meckel's diverticulum.
Rass. Int. Clin. Ter., 30 juin 1972, 52, 724-731.
- 206 - DENCKER H. et NORBERG P.B.
 Tumeur carcinoïde d'un diverticule de Meckel. Rapport d'un cas.
Acta chir. scand., nov. 1965, 130, n° 5, 503-506.
- 207 - DEROT M. & col.
 Etude clinique, anatomique et biologique de 2 observations de syndrome carcinoïde, accompagnant une tumeur du diverticule de Meckel et une tumeur iléale.
Ann. Méd. interne, nov. 1969, 120, n° 11, 729-738.
- 208 - DESAI & COOK R.C.M. (R. Liverpool child hosp.)
 Knotting and perforation of a Meckel's diverticulum.
Z.kinderchir. Grenzgeb. Dtsch, 1977, 22, n° 2, 175-180.
- 209 - DESMOTS R.
 Occlusions intestinales par champignons (chez un malade présentant un rétrécissement jéjunal et un diverticule de Meckel).
Arch. Hosp., juin 1954, 26, n° 6, 181-182.
- 210 - DEVADASON I.
 3 case reports of Meckel's diverticulum.
Med. J. Malaysia, déc. 1975, 30, n° 2, 153-155.
- 211 - DEVIC G., GARDE S. et GELAIN J.
 A propos de 38 diverticules de Meckel découverts en 4 ans.
Lyon Chir., mai-juin 1971, 67, n° 3, 169-172.
- 212 - D'HUART F.
 Le flirt appendiculo-diverticulaire. A propos d'une observation personnelle.
Bull. Soc. méd., mars 1960, 97, n° 1, 7-17.
- 213 - DIKOVA A.A.
 Le diverticule de Meckel à l'origine d'une occlusion intestinale chez l'enfant.
Khirurgia (Moscou), 1964, n° 9, 102-106.
- 214 - DIUTRAKOVA L.G.
 Acute intestinal obstruction caused by Meckel's diverticulum.
Klin. khir., nov. 1969, 11, 73.

- 278 - FONCK-CUSSAC Y. & LAGUILLAUME B. (de)
Pathologie du diverticule de Meckel.
Arch. franç. Mal. App. dig., juil.-août 1969, 58, n° 7-8, 507-508.
- 279 - FONTAINE R., WARTER P., WAHL R. et WEILL F.
Apport de la radiologie dans la pathologie du diverticule de Meckel.
J. Radiol. Electrol., juin-juil. 1961, 42, n° 6-7, 327-333.
- 280 - FORCUE E. et RICHE C.
Le diverticule de Meckel.
Doin. édit., Paris, 1907, 1vol. 340 pages.
- 281 - FORSTER W. et KUHNE E.
Le diverticule de Meckel en tant que cause d'affections abdominales graves.
Munch. med. Wschr., 9 août 1957, 99, n° 52, 1150-1151.
- 282 - FORTIER-BEAULIEU M., LABRUNE M. et GOLDLUST D.M.
Le diagnostic radiologique préopératoire du diverticule de Meckel chez l'enfant. (A propos de 4 cas).
J. Radiol. Electrol., janv.-fév. 1969, 50, n° 1-2, 76-79.
- 283 - FOURATI M.
Complications du diverticule de Meckel.
Rôle aggravant possible de la cortico-thérapie.
Thèse Paris VII, 1975, n° 182, 33 pages.
- 284 - FRADKIN N.F. et coll.
Perforation d'un ulcère peptique du diverticule de Meckel revêtant l'aspect d'un hydrocèle unilatéral.
Gastroenterology, mars 1953, 23, n° 3, 487-492.
- 285 - FRANCILLON J. & VIGNAL J.
Accidents dûs à la présence du diverticule de Meckel.
J. Med. Lyon (n° spécial), 20 déc. 1968, n° 1155, 2005-2009.
- 286 - FRANK G. et al.
Intra-abdominal hemorrhage as rare complication of a Meckel's diverticulum.
Chirurg. av. 1977, 48, n° 4, 238-240.
- 287 - FRANZI A.T. & col.
Histochemical studies of the ileal diverticulum in humans.
Bol. Soc. Ital. Biol. Sper., 15 janv. 1973, 49, 41-47.
- 288 - FRASCARIA R. et SGARBI E.
Sur l'occlusion post opératoire causée par diverticule de Meckel.
Policlinico (sez. prat.), 22 août 1966, 73, n° 34, 1129-1135.
- 289 - FREDERICK P.L. et JOHNSON E.T.
Diverticule de Meckel chez l'enfant. Revue de 73 cas.
Postgraduate Med., oct. 1963, 34, 341-348, in *Internat Surg. Dig.*, mars 1964, 73, n° 3, 107-108.

- 290 - FREEDMAN M.A. et coll.
Le diverticule de Meckel chez le nourrisson et l'enfant.
Am. J. Surg., fév. 1954, 87, n° 2, 160-163.
- 291 - FREEMAN G.C.
Adéno-carcinome dans un diverticule de Meckel perforé.
Arch. Surg., juil. 1957, 75, n° 1, 158-160.
- 292 - FREENY P.C.
Inverted diverticula of the gastrointestinal tract.
Gastrointest. Radiol., 30 janv. 1979, 4, n° 1, 57-59.
- 293 - FREICK H.
Hernie ombilicale symptomatique avec diverticule de Meckel
incarcéré dans les traumatismes abdominaux fermés.
Zbl. Chir., 16 sept. 1967, 92, n° 37, 2542-2546.
- 294 - FRESNEL P.L., FOUCHER G., SIBILLY A.
A propos d'une statistique de 105 diverticules de Meckel.
Ann. Chirurg., oct. 1973, 27, n° 9, 943-952.
- 295 - FREY G.H. et SCOTT C.M.
Diverticule de Meckel associé à une endométriose.
Am. J. Surg., mai 1956, 91, n° 5, 861-862.
- 296 - FRIEDMANN G. & col.
Angiographic findings in two Meckel's diverticula with recurrent
bleeding.
Fortschri. Geb. Roent. Nuk., avril 1974, 120, 446-452.
- 297 - FUCHS G. et KÄMMERER H.
Quand doit-on supprimer un diverticule de Meckel.
Chirurg. nov. 1959, 30, n° 11, 494-497.
- 298 - GADEN G.
A propos de 43 observations de diverticule de Meckel.
Thèse, Lyon, 1970, n° 152, 60 pages, in *Lyon méd.*, 13 juin 1971,
225, n° 11, 1167-1168.
- 299 - GAGNON G. et BEAUDRY E.
Les diverticulites de Meckel.
Union méd. Canada, av. 1953, 82, n° 4, 401-405.
- 300 - GALAZKA Z. & col.
Leiomyosarcoma of Meckel's diverticulum.
Wiad Lek., 1 av. 1977, 30, n° 7, 543-544.
- 301 - GALLONE L.
"Patologia chirurgica".
C.E.A., Milano, 1974.
- 302 - GARCIA GIL F.A. & coll. (Catedra patil. quir. B. fac. med.
Zaragoza)
Diverticulo de Meckel intramesenterico : A proposito de un caso
(Diverticule de Meckel intramésentérique. A propos d'un cas).
Cir. esp., 1977, 31, n° 3, 191-198.

- 303 - GARCIA MORAN G.
Diverticules de Meckel compliqués.
Arch. Mal. App. dig., nov. 1959, 48, n° 11, 1446-1449.
- 304 - GARRE E.S., TAGLIAFERRI V.E. et GUENDLER I.
Hernie de Littré. Diverticule de Meckel dans un sac herniaire.
Prensa méd. argent., 30 juil. 1965, 52, n° 27, 1635-1648.
- 305 - GARRIZ R.A., STESCOBICH D. et DONADIO R.J.
Leiomyome du diverticule de Meckel.
Prensa méd. argent., 17 mars 1967, 54, n° 3, 123-126.
- 306 - GAUCHERON D
Diverticule de Meckel perforé associé à une appendicite aigue chez l'enfant, à propos d'une observation récente.
S.I., 1976, (36 p.) (Thèse doct. méd. François Rabelais Tours).
- 307 - GAUDIER B. & col.
Tumeurs et pseudo-tumeurs du grêle chez l'enfant (A propos de 3 observations). (Polype, diverticule de Meckel, fibro-léiomyome).
Lille méd., août-sept. 1969, 14, n° 7, 798-801.
- 308 - GAUTIER C.
A propos de la communication de J. Hespeel sur les hernies étranglées du diverticule de Meckel. Présentation d'une observation inédite.
Lille chir., mai-juin 1963, 18, 136-137.
- 309 - GAY B.B.
Démonstration radiologique d'un diverticule de Meckel invaginé.
Radiology, janv. 1953, 60, n° 1, 60-63.
- 310 - GAYET R.
Fistule iléo-sigmoïdo-vésicale par diverticulite de Meckel et sigmoïdite. Cure des fistules par diverticulectomie et résection du sigmoïde.
J. Urologie, 1954, 60, n° 3-4, 255-256.
- 311 - GAYET R. et DECHELOTTE R.
Occlusion aigüe du grêle par diverticule de Meckel à l'ombilic (Rapport de M. Guillermet).
Lyon chir., av. 1956, 31, n° 3, 375-377.
- 312 - GEENKEN R.G. & col.
99 m Tc sodium pertechnetate scanning of the abdomen, a valuable tool for detection of Meckel's diverticulum.
Méd. Ann., déc. 1973, 42, 556-557.
- 313 - GELFAND M.J. & col. (Child. hosp. méd. cent. Cincinnati Ohio 45267).
Radionuclide imaging of Meckel's diverticulum in children.
Clin. Nucl. Med. U.S.A., 1978, 3, n° 1, 4-8.
- 314 - GELFAND S.G. & col.
Hyperoxaluria and Meckel's diverticulum.
Ann. Intern. Med., nov. 1973, 79, 748-749.

- 315 - GENTIL J.P., GERINIERE P., EYRAUD A., DORSIT G. & PERROT E.
Un cas de phlegmon pyostercoral sur hernie crurale étranglée.
Lyon méd., 1966, 2, 126-127.
- 316 - GERCIA-BARON A.
Etude descriptive des affections abdominales aiguës produites
par le diverticule de Meckel.
Rev. clin. espagn., 31 mai 1953, 49, n° 4, 225-233.
- 317 - GERHARD H.
Iléus sténosant et obstructif à la suite d'un diverticule de
Meckel.
Zbl. Chir., 6 mai 1967, 92, n° 18, 652-655.
- 318 - GERSHATER R.
Enterolith causing bleeding in a patient with Meckel's diverticu-
lum. Angiographic demonstration.
Radiology, août 1976, 120, n° 2, 327-328.
- 319 - GIBBINS R.E. et SYMMERS W.S.C.
Invagination chronique dans l'intestin d'un diverticule de
Meckel contenant un ulcère peptique chronique des tissus hétéro-
topiques et un lipome.
Brit. J. Surg., mars 1953, 40, n° 163, 500-505.
- 320 - GIGLI U.
Invagination par diverticule de Meckel.
Ann. Ital. Chir., 1955, 31, n° 12, 966-979.
- 321 - GILBERT E.F. et RAINEY jr.
Péritonite méconiale due à la rupture d'un diverticule de Meckel
chez un nouveau-né.
J. of Ped., nov. 1958, 53, n° 5, 597-601.
- 322 - GILLETTE W.R. jr. et ZOLTOWSKI P.E.
Perforation du diverticule de Meckel par corps étranger.
Am. J. Surg., oct. 1957, 94, n° 4, 666-668.
- 323 - GILLETTE W.R. et KANE J.T.
Diverticulose d'un diverticule de Meckel.
Am. J. Gastroenterol., juil. 1958, 30, n° 1, 85-87.
- 324 - GIMBATTI J.F.M., OLLER M.A. et NAHMIAS M.
Occlusion de l'intestin grêle provoquée par le diverticule de
Meckel.
Prensa méd. argent., 13 sept. 1963, 50, n° 37, 2474-2479.
- 325 - GINGOLD A.Z., TISHLER E.Y. & EIDINOV V.A.
Diagnostic radiologique du diverticule de Meckel.
Vestn. Radiol., 1971, 46, n° 1, 48-50.
- 326 - GIRONA G. Cl. et coll.
Les accidents hémorragiques du diverticule de Meckel. Place de
la laparoscopie dans leur diagnostic.
Rev. Méd. Alpes Fr., fév. 1975, 4, n° 2, 79-83.

- 327 - GISELER H.
Rapport de cas de complications d'un diverticule de Meckel.
Chirurg., sept. 1963, 34, n° 9, 420-421.
- 328 - GLUNTZ P.
Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel (Etude de 21 cas opérés dans le service du Dr Gaston-Claude Simon à l'Hôpital de Montfermeil).
Thèse Paris, mai 1953, 58 pages.
- 329 - GOARD K.E. & KERBY M.H.
Calculs du diverticule de Meckel.
Med. J. Australia, 12 juil. 1969, 56, n° 2, 98-99.
- 330 - GODARD F. & col.
Le diverticule de Meckel.
J. Med. Caen, 4, n° 3, 153-163.
- 331 - GOLDLUST D.
Diagnostic radiologique des diverticules de Meckel révélés par des hémorragies digestives. A propos de 6 observations.
Thèse Paris, 1968, n° 741, 66 pages.
- 332 - GOLEBIEWSKI L. et WINOWSKI J.
Neurinome du récessus de Meckel. Hémorragie sévère du tractus gastro-intestinal. Rapport d'un cas.
Polski Tygod. Lek., 1963, 18, n° 28, 1035-1037.
- 333 - GOLOSOV B.M.
Un cas rare d'étranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale.
Khirurgiia, 1959, n° 3, 103.
- 334 - GORILOVSKI L.M.
L'inflammation phlegmoneuse du diverticule de Meckel chez un enfant de dix mois.
Pediatra (Moscou), 1966, n° 9, 89.
- 335 - GOUTALLIER P. (Clin. Archette 45160 Olivet)
Le diverticule de Meckel et ses complications.
Chirurgie Fr., juin 1977, 103, n° 8, 693-697.
- 336 - GRACH Z. Ia. et col.
Intestinal obstruction caused by Meckel's diverticulum.
Sov. Med., may 1971, 34, 149-150.
- 337 - GRAY, STEPHEN W.
The varieties of congenital diverticulum of the intestine.
Surgical Clinics of N.A., 54, n° 6, 1371-1377.
- 338 - GRIMES O.F. et GRANE J.T.
Tumeur maligne apparaissant dans un diverticule de Meckel.
Am. J. Surg., déc. 1955, 90, n° 6, 1020-1023.

- 339 - GROLLMAN J.H. et SACHS D.
Occlusion du grêle due à un diverticule rare vermiforme de Meckel mis en évidence par lavement baryté.
Am. J. Roentgenol., juin 1965, 94, n° 2, 370-373.
- 340 - GRÖNNIGER J. et col.
Proceedings : Diagnostic problems in acute intestinal hemorrhages from tumors of the small intestine and Meckel's diverticulum.
Z. Gastroenterol., mars 1976, 14, n° 2, 260.
- 341 - GROSDIDIER J., ROLLIN B. & RICHAUME B.
Occlusion intestinale par coprolithe d'origine meckelienne (multisténosante).
Sem. Hop. Paris, 14 oct. 1972, 48, n° 41, 2661-2664.
- 342 - GROSS E.
"Trattato di chirurgia infantile".
Sansoni Ed., Firenze, 1956.
- 343 - GROSS G.W.
Le diverticule de Meckel comme source clinique de danger.
Brun's Beitr. klin. Chir., 1953, 187, n° 4, 409-419.
- 344 - GROSS R.E.
Surgery in infancy and childhood.
pp. 211-220 (*W.B. Saunders, Philadelphia* 1953).
- 345 - GROSSMAN J.W. et coll.
Hémorragie d'un diverticule de Meckel, cause de melaena chez un nourrisson.
Radiology, août 1950, 55, n° 2, 240-243.
- 346 - GUCEV S. & col.
Pathological conditions connected with Meckel's diverticulum in childhood.
God. Zb., Med. Fak. Skopje, 1977, 23, 685-692.
- 347 - GUEULETTE R.
De l'invagination intestinale, ses formes cliniques chez l'adulte.
Thèse Paris, 1925.
- 348 - GUILLEMINET M., STAGMARA P. et SCHNEPP
Occlusions intestinales par diverticule de Meckel.
Lyon Chir., nov.-déc. 1950, 45, n° 8, 953-958.
- 349 - GUIMARÃES A.S. & col.
Complications of Meckel's diverticulum : report of a case.
Rev. Paul. Med., déc. 1971, 78, 189-194.
- 350 - GUMPORT S.L. et ARONSON S.G.
Occlusion intestinale aiguë secondaire à un diverticule de Meckel avec canal omphalo-mésentérique oblitéré persistant.
Am. J. Surg., fév. 1959, 97, n° 2, 225-228.

- 351 - GUTIERREZ FUENTES J.A. et col.
 Meckel's diverticulum as the cause of digestive hemorrhage.
 Review of the literature apropos of 2 cases.
Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., juil. 1976, 48, n° 1, 89-96.
- 352 - GYSLER R. & MORGER R.
 Succès de l'exsanguinotransfusion dans la période néonatale
 dans une septicémie post opératoire après diverticule de
 Meckel.
Z. klin. Pädiat., 1973 (soins intensifs en pédiatrie), n°70, 9-12.
- 353 - HABER J.
 Le diverticule de Meckel. Revue de la littérature analytique
 de 23 cas avec remarques sur l'occlusion intestinale.
Am. J. Surg., av. 1947, 73, n° 4, 468-485.
- 354 - HAIMOV M., RYBAK B.J., GREENBERG E.I. & DREILING D.A.
 Hémorragie gastro-intestinale basse due à l'ulcération d'un di-
 verticule de Meckel et de l'iléon voisin avec formation d'en-
 térolithes.
Amer. J. Gastroent., nov. 1972, 58, n° 5, 497-501.
- 355 - HAJKOVA H.
 2 cases of coinciding acute appendicitis and Meckel's diverticu-
 lum in a newborn infant and in an infant.
Rozhl. Chir., sept. 1978, 57, n° 9, 605-609.
- 356 - HALL T.J.
 Meckel's bleeding diverticulum diagnosed by mesenteric arte-
 riography.
Brit. J. Surg., nov. 1975, 62, n° 11, 882-884.
- 357 - HALLBOOK T. & LINDSTEDT E.
 Complications rares du diverticule de Meckel.
Acta chir. scand., 1970, 136, n° 1, 77-80.
- 358 - HALMOV M. & col.
 Lower gastrointestinal bleeding due to ulcerations in a Meckel's
 diverticulum and adjacent ileum with enteroliths formation.
Am. J. Gastroenterol., nov. 1972, 58, 497-501.
- 359 - HAMBURGER S.W.
 Phytobézoar associé à un diverticule de Meckel, cause rare d'oc-
 clusion intestinale.
Ann. Surg., juil. 1960, 152, n° 1, 106-108.
- 360 - HARDY T.G.
 Un polype dans le diverticule de Meckel.
Surgery, août 1955, 38, n° 2, 388-392.
- 361 - HAROLD D. et CAYLOR M.D.
 Le diverticule de Meckel.
Gastroenterology, juil. 1949, 13, n° 1, 31-46.

- 362 - HARRISON'S
Principes of internal medicine.
7è éd. Toronto, Mc Graw-Hill, 1974, 2044p.
- 363 - HARTE M.S. et ELIAS M.G.
Le diverticule de Meckel : invagination péritonéoscopie :
traitement chirurgical.
Am. J. Dig. Dis., mars 1950, 17, n° 3, 82-85.
- 364 - HARTL H.
Bleedings from diverticula and duplications of the gastroin-
testinal tract in childhood.
Chirurg., août 1971, 42, 369-372.
- 365 - HARVEY I.C. et col.
Stones, Crohn's disease and Meckel's diverticulum.
Brit. med. J., 6 nov. 1976, 2, n° 6044, 1107.
- 366 - HARVEY J.S. & GILLES G.R.
Associated midgut malrotation and Meckel's diverticulum presen-
ting in adult life.
Brit. J. Surg., fév. 1974, 61, n° 2, 157-158.
- 367 - HARWELL W.
Le diverticulum de Meckel. Relation de 12 cas.
Am. J. Surg., juin 1942, 56, n° 3, 614-618.
- 368 - HASCHE-KLUNDER R.
Nécrose du tissu adipeux dans le pancréas adjacent à un diverti-
cule de Meckel.
Chirurg., fév. 1949, 20, n° 2, 82-84.
- 369 - HASHEMIAN H. et MURRAY E.T.
Les complications du diverticule de Meckel. Analyse de 18 cas.
Brit. Med. J., 6 mars 1954, n° 4861, 556-558.
- 370 - HASKER W. & Mc CAFFREY J.
Ulcération du diverticule de Meckel causée par des comprimés de
chlorure de potassium.
Med. J. Austr., 29 juil. 1972, 59, n° 5, 261-262.
- 371 - HAUGEN O.A., PEGG C.S. & KYLE J.
Leiomyosarcome du diverticule de Meckel.
Cancer (Philad.), oct. 1970, 26, n° 4, 929-934.
- 372 - HAYNES S. et col.
Meckel's diverticulitis due to schistosomiasis mansoni.
Am. J. Gastroenterol., déc. 1976, 66, n° 6, 559-561.
- 373 - HEDENBERG G. (von)
Indications chirurgicales du diverticule de Meckel.
Acta Chir. Scand., 1969, 135, n° 6, 530-533.
- 374 - HEES C.A. van
Meckel's diverticulum.
Ned. Tijdschr. Geneesk., 29 déc. 1973, 117, 1953-1960.

- 375 - HEGGE F.N.
Prominent motion of a Meckel's diverticulum.
J. Nucl. Med., sept. 1978, 19, n° 9, 1087.
- 376 - HEMMINGSSON A.
Invagination iléo - iléale chez l'adulte due à un diverticule de Meckel.
Acta radiol., mai 1964, 2, n° 3, 209-214.
- 377 - HENNECKE U.
Complication post opératoire par diverticule de Meckel.
Zbl. chir., 1955, 80, n° 1, 30-31.
- 378 - HENRY J.G.
Le rôle pathologique du diverticule de Meckel.
Gaz. méd. France, 25 av. 1965, 72, n° 8, 1617-1626.
- 379 - HENRY J.N. & col.
The use of radiopertechetate in the diagnosis of Meckel's diverticulum.
J. Tenn. Med. Assoc., oct. 1972, 65, 895-897.
- 380 - HERENA R. et SCHRAFT W.C. Jr.
Tumeur carcinoïde du diverticule de Meckel.
New York State J. Med., 15 mai 1964, 64, n° 10, 1208-1210.
- 381 - HESSING J. & STOLZE T.
Blutendes manns faistgrooses Meckelsches Divertikel.
Fortschr. Geb. Röntg. Nuk., janv. 1974, 120, n° 1, 112-113.
- 382 - HESSION M.A.
Invagination rétrograde double d'un diverticule de Meckel.
Brit. Med. J., 14 mai 1966, n° 5497, 1212-1213.
- 383 - HIENERT G.
Diverticule de Meckel et ses complications.
Klin. Med., 1955, 1, 1-7.
- 384 - HILGENREINER H.
Darmverschluss durch das Meckel'sche Divertikel.
Beitr. Klin. chir., 1902, 33, 702-787.
- 385 - HILGENREINER H.
Entzündung und Gangrën des Meckel'schen Divertikels.
Beitr. Klin., Chir., 1903, 40, 99-135.
- 386 - HILL F.A. et JANELLI D.E.
Tumeurs malignes ayant pour origine le diverticule de Meckel.
Relation d'un cas d'un leiomyosarcome et revue de la littérature.
Am. J. Surg., av. 1953, 85, n° 4, 525-528.
- 387 - HILLEJAN W.
Hémorragie massive d'un diverticule de Meckel.
Münch. med. Wschr., 27 mars 1959, n° 13, 542-543.

- 388 - HILLEMAND M.
"Séance du 2 juillet 1962 de la Soc. Nation Franç. de Gastroentérologie".
Arch. Mal. App. Dig., 1962, 51, 1152.
- 389 - HILLEMAND P.
Quelques réflexions à propos du diverticule de Meckel.
Entretiens de Bichat (Médecine), 1966, 249-252.
- 390 - HILLEMAND P., LOYGUE J., CHERIGIE E. et NALLET J.
Sténose de l'iléon. Ulcère du diverticule de Meckel. Iléal. Entérite régionale.
Arch. Fr. Mal. App. Dig., mars 1956, 45, n° 3, 275-278.
- 391 - HILLEMAND P., LOYGUE J., CHERIGIE E., DUBORD et BREUZARD J.
A propos d'un ulcère du diverticule de Meckel.
B.M. Soc. méd. Hôp. Paris, 1959, 75, n° 9-10-11, 292-295.
- 392 - HILLEMAND P., NEMOURS-AUGUSTE, SCHWOB R.A., MERCADIER M. et VAYRE P.
A propos du diagnostic radiologique du diverticule de Meckel.
B.M. Soc. méd. Hôp. Paris, 23-30 oct. 1964, 115, n° 12, 1051-1055.
- 393 - HIRSCHY J.C., THORPE J.J. & CORTESE A.F.
Meckel's stones. A case report.
Radiology, av. 1976, 119, n° 1, 19-20.
- 394 - HÖHLER G.
Hémorragie abdominale par diverticule de Meckel.
Ther. Gegenw., déc. 1954, 469.
- 395 - HOLMES P.E.B.
Diverticule de Meckel perforé et ulcère gastro-duodénal hémorragique.
Proc. Roy. Soc. Med., août 1959, 52, n° 8, 609.
- 396 - HOLOWACH J. et coll.
L'invagination due au diverticule de Meckel.
Arch. Surg., nov. 1953, 67, n° 5, 699-707.
- 397 - HORIOT A.
Diverticule de Meckel.
Concours méd., 12 mars 1977, 99, n° 11, 1582-1587.
- 398 - HORST J.M.
2 cas de melaena grave par diverticule de Meckel.
Strasbourg méd., av. 1962, 13, n° 4, 306-310.
- 399 - HOUSHANG, SADEZHI & NEDJAD
Léiomyosarcoma of Meckel's diverticulum.
Int. J. Surg., juil. 1971, 56, n° 1, 45-47.
- 400 - HUARD N.S.
Ulcère peptique du diverticule de Meckel, diagnostiqué dès la première hémorragie.
Bull. Acad. Chir., 1935, 61, 559-565.

- 401 - HUBSCHMANN
Spätperforation eines Meckelschen Divertikels nach Trauma.
Münch. Med. Wschr., 16 sept. 1913, 11, 2051-2054.
- 402 - HYMAN R.M. et GUMPORT S.L.
Le diverticule de Meckel : revue de 20 années et relation d'un cas rare.
New York State J. Med., 1er oct. 1949, 49, n° 19, 2309-2311.
- 403 - IAROPOLOV V.I. & col.
Two cases of Meckel's diverticulum inflammation in association with acute appendicitis.
Vestn. Khir., may 1972, 108, 123-124.
- 404 - IBRAHIM K.A.
Rare tumors of intestines and rectum.
Int. Surg., nov.-déc. 1977, 62, n° 11-12, 611-615.
- 405 - IGLESIAS OROZCO T.
Les diverticules de l'intestin grêle.
Mém. Ass. Hôp., 1952, n° 53, 58.
- 406 - ILBAWI M.N.
Meckel's diverticulum. Review of a 30 year experience.
Am. J. Proctol., jun. 1973, 24, 237-244.
- 407 - INGELRANS P. & coll.
Le diverticule de Meckel dans la pathologie chirurgicale du , nouveau-né et de l'enfant.
Pédiatrie, déc. 1966, 21, n° 8, 899-907.
- 408 - INGELRANS P., LACHERETZ M., SAINT AUBERT P., DEBEUGNY P. et LAURENT P.
Les accidents du diverticule de Meckel chez l'enfant. A propos de 25 cas.
Lille chir., juil.-oct. 1966, 21, n° 4-5, 298-307.
- 409 - INGLE N.G. & HOPKING S.M.
Latéral fémoral hernia and strangulation of Meckel's diverticulum.
Arch. Surg. (Chicago), 1952, 64, 401-404.
- 410 - INVANCHEV Iv. & col.
Pathology of the vitelline duct in childhood.
Vestn. Khir. Grekov., fév. 1970, 104, 99-101.
- 411 - ISHIDA H. & col.
A cas of intussusception due to inverted Meckel's diverticulum.
Rinsho. Hoshasen., dec. 1978, 23, n° 13, 1489-1492.
- 412 - ISHILAWA D. & col.
Diagnosis of the Meckel's diverticulum with technetium 99 m pertechnetate.
Rinsho. Hoshasen., may 1978, 23, n° 5, 541-546.

- 413 - IZAGUIRRE R.P. et SAKIMA J.
Sept cas de diverticule de Meckel compliqués.
Prensa méd. argent., 1er oct. 1965, 52, n° 36, 2188-2190.
- 414 - IZMAILOV G.A.
Inflammation of Meckel's diverticulum.
Vestn. Khir., mar. 1975, 114, n° 3, 117-118.
- 415 - JACKSON R.H. et BIRD A.R.
Diverticule de Meckel dans l'enfance (82 cas).
Brit. Med. J. 25 nov. 1961, n° 5264, 1399-1402.
- 416 - JAN H. & col.
Aberrant pancréas in Meckel's diverticulum.
Orv. Hetil., 21 mars 1976, 117, n° 12, 726-727.
- 417 - JAROS R., SCHUSSHEIM A. et LEVY L.M.
Preopérative diagnosis of bleeding Meckel's diverticulum utilizing 99 m technetium pertechnetate scinti-imaging.
J. Pediat., janv. 1973, 82, n° 1, 45-49.
- 418 - JAWORSKI R. & col.
Case of perforation of Meckel's diverticulum.
Wiad. Lek., 1er déc. 1977, 30, n° 23, 1843-1844.
- 419 - JELESIJEVIC V. & col.
Meckel's diverticulum.
Acta. Chir. Iugosl., 1975, 22, n° 1 Suppl. 185-188.
- 420 - JEWETT T.C., DUSZYNSKI D.O. et ALLEN J.E.
The visualization of Meckel's diverticulum with 99 m Tc-per-technetate.
Surgery, sept. 1970, 68, n° 3, 567-570.
- 421 - JEWETT T.C. Jr. et BUTSCH W.L.
Diverticule de Meckel : le "frégoli" de l'abdomen.
Surgery, août 1959, 46, n° 2, 440-443.
- 422 - JEWETT T.C. jr., DUSZYNSKI D.O. & ALLEN J.E.
The visualisation of Meckel's diverticulum causing acute rectal hemorrhage.
New Engl. J. Med., 1972, 287, 653.
- 423 - JIRASEK J. & col.
Recticulum cell sarcoma of Meckel's diverticulum with perforation.
Rozhl. Chir., fév. 1971, 50, 79-82.
- 424 - JOHM E.L.
Perforation du diverticule de Meckel par une épingle.
Brit. J. Surg., sept. 1955, 43, n° 178, 216-218.
- 425 - JOHNS Th. N.P., WHEELER J.R. et JOHNS F.S.
Le diverticule de Meckel et les affections qui en dérivent.
Etude de 154 cas.
Ann. Surg., août 1959, 150, n° 2, 241-256.

- 426 - JOHNSON G.F. et col.
Mesodiverticular band.
Radiology, mai 1977, 123, n° 2, 409-412.
- 427 - JOHNSON H.R.M.
Cancer du diverticule de Meckel.
Cancer (Philad.), mars 1973, 31, n° 3, 742-745.
- 428 - JOHNSTON R.H. jr., HALL R.A. et ERICKSON E.E.
Une tumeur à cellules argentaffines du diverticule de Meckel.
Arch. Surg., janv. 1965, 90, n° 1, 172-174.
- 429 - JONES E.L., THOMPSON H. & WILLIAMS J.A.
Tumeur des cellules argentaffines du diverticule de Meckel.
Rapport de 2 cas et revue de la littérature.
Brit. J. Surg., mars 1972, 59, n° 3, 213-219.
- 430 - JOUANNEAU P. & col.
Important digestive hemorrhage, complication of side small intestine anastomosis performed 28 years previously.
Chirurgie., 13-20 mars 1974, 100, n° 5, 369-373.
- 431 - JUNG F. et BRUDER J.
Quelques complications dues au diverticule de Meckel.
Strasbourg méd., juin 1958, 118, n° 6, 552-554.
- 432 - JUNG M.
Deux cas d'occlusion par diverticule de Meckel.
Toulouse méd., sept. 1954, 660.
- 433 - JUVARA I. et RADULESCO D.
Diagnostic clinique et opératoire de quelques hémorragies intestinales.
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1963, 52, 909-924.
- 434 - KADAR D. & col.
Meckel's diverticulum perforated by a foreign body.
Chirurgia (Bucur.), apr. 1973, 22, 379-382.
- 435 - KADYROV F.A.
Supernumerary pancreas in Meckel's diverticulum.
Vestn. Khir., oct. 1977, 119, n° 10, 109-110.
- 436 - KAMDAR H.H. & AL.
Meckel's diverticulum.
East. Afr. Med. J., août 1973, 50, 426-431.
- 437 - KANETI J. & col.
Diverticula of Meckel's diverticulum.
Am. J. Surg., mai 1975, 129, n° 5, 597-598.
- 438 - KARAIIVANOV M.
Strangulated ileus in an adult caused by a large Meckel's diverticulum.
Khirurgia. (Sofia), 1976, 29, n° 1, 73-74.

- 439 - KARAM K.S. & col.
Mesenteric hematoma-Meckel's diverticulum : a rare laparoscopic complication.
Fertil. Steril., sept. 1977, 28, n° 9, 1003-1005.
- 440 - KATSUBE Y., LEBHAR N.F., NOTO A.C. & col.
Heterotopic gastric mucosa of ileum causing acute intussusception.
Conn. Med., 1974, 38, 156-158.
- 441 - KAVLIE H. & MARCHIORO T.L.
Calculs dans un diverticule de Meckel, une cause d'anémie chronique.
Gastroenterology, juin 1972, 62, n° 6, 1238-1240.
- 442 - KAWAGUCHI K. & col.
Meckel's diverticulum and its preoperative roentgen diagnosis.
Jpn. J. Gastroenterol., déc. 1976, 73, n° 12, 1583-1589.
- 443 - KAZMERS N.
Le diverticule de Meckel. Rapport de 32 cas.
J. Internat. Coll. Surgeons, nov. 1964, 42, n° 5, 471-482.
- 444 - KELLEY H.G. Jr.
Invagination et hémorragie par inversion du diverticule de Meckel.
Am. J. Surg., juil. 1962, 104, n° 1, 108-110.
- 445 - KENDIG T.A., BERKAW K.A., KRUEGER K., JONES F.H. et SHACKFORD B.C.
Le diverticule de Meckel. Diagnostic radiologique préopératoire chez l'enfant.
Radiology, juin 1960, 74, n° 6, 964-967.
- 446 - KER H.
13 cas de diverticule de Meckel.
Lancet, 24 mars 1962, n° 7230, 617-620.
- 447 - KER H.
Multiplicité de diverticules de Meckel.
Lancet, 24 mars 1962, n° 7230, 617-620.
- 448 - KERAMIDAS D.C., VOYATZIS N.
Malformations intestinales associées.
Ann. Chirur. Infant. 1973, 14, n° 4, 257-260.
- 449 - KERAMIDAS D.C. & col.
An experimental model assessing the radiopertechetate diagnosis of gastric mucosa in Meckel's diverticulum.
J. Pediatr. Surg., déc. 1974, 9, n° 6, 879-883.
- 450 - KHAMATZIANOV Z.Kh. & col.
Strangulation of Meckel's diverticulum in a diaphragmatic hernia in a child.
Vestn., Khir., oct. 1976, 117, n° 10, 77-78.

- 451 - KHARITONOV N.P. & col.
Perforation of Meckel's diverticulum by an fish bone.
Vestn. Khir., oct. 1975, 115, n° 10, 132-133.
- 452 - KHER Y.R. & col.
Meckel's diverticulum. A clinico-pathologic study of 123 cases.
J. Postgrad. Med., janv. 1974, 20, 1-9.
- 453 - KIESEWETTER W.B.
Le diverticule de Meckel chez l'enfant.
Arch. Surg., déc. 1957, 75, n° 6, 914-919.
- 454 - KILPATRICK Z.M.
Scanning in the dianosis of Meckel's diverticulum.
Hosp. Pract., 1974, 00, 131.
- 455 - KILPATRICK Z.M. & ASERON C.A. Jr.
Détection par radio-isotopes du diverticule de Meckel cause d'hémorragie rectale aigüe.
New Engl. J. Med., 28 sept. 1972, 287, n° 13, 653-654.
- 456 - KILPATRICK Z.M.
Letter to the editor.
N. Engl. J. Med., 1974, 291, 531.
- 457 - KIPROV D.D. & col.
Letter : Inversion of Meckel's diverticulum.
Arch. Surg., sept. 1975, 110, n° 9, 1154.
- 458 - KIRKPATRICK R.A.
Cimetidine and Meckel's diverticulum (Letter).
Ann. Intern. Med., jun. 1978, 88, n° 6, 846-847.
- 459 - KLAUA M. & col.
Preoperative detection of a bleeding Meckel's diverticulum by 99 m Tc-pertechnetate scintigraphy.
Nuklearmedizin, jul. 1978, 13, n° 3, 99-102.
- 460 - KLEIN H.J., ALFIDI R.J., MEANY T.F. & col.
Angiography in the diagnosis of chronic gastrointestinal bleeding.
Radiology, 1971, 98, 83.
- 461 - KLER Y.R. & col.
Meckel's diverticulum. A clinico pathologie study of 123 cases.
J. Postgrad. Med., 1974, 20, 1-9.
- 462 - KLUGMANN H.J. & col.
Atypical clinical course of a Meckel's diverticulitis.
Z. Ges. Inn. Med., 15 juil. 1969, 24, 444-447.
- 463 - KNAUER E.
Complications postopératoires dues au diverticule de Meckel.
Zbl., Chir., 16 mars 1957, 82, n° 11, 454-455.

- 464 - KNIPERS C. & col.
Léiomyosarcoma of Meckel's diverticulum as a cause of intestinal hemorrhage.
Zbl., Chir., 1957, 92, 2273.
- 465 - KOBETS I.S.
Pathologie du diverticule de Meckel.
Khirurgiia (Moscou), 1969, n° 1, 78-81.
- 466 - KOBLER H., RICHTER H. & LANGE E.
Ileus d'invagination par corps étranger dans le diverticule de Meckel, complication relativement fréquente.
Bruns', Beitr. Klin. Chir., 1972, 219, n° 5, 481-485.
- 467 - KOEHL G. & col.
Anemia and heart failure in a nine-month-old boy.
Clin. Pediatr. (Phila), aug. 1973, 12, 510.
- 468 - KOIUNDERLIEV P.
A rare case of perforation of Meckel's diverticulum by a foreign body.
Khirurgiia (Sofia), 1972, 25, 331-332.
- 469 - KORZYCKI J. & col.
Intestinal occlusion caused by a myoma of Meckel's diverticulum.
Pol. Przegl. Chir., avr. 1977, 49, n° 4, 463-465.
- 470 - KOSZALKA M.F.
Diverticule de Meckel avec invagination, ulcération avec hémorragie, muqueuse gastrique ectopique et tissu pancréatique.
Gastroenterology, juin 1953, 24, n° 2, 222-231.
- 471 - KOUCKY J.D. & BECK W.C.
Perforated léiomyoma of Meckel's diverticulum. Report of a case.
Surgery, 1941, 10, 636-641.
- 472 - KRAUSE I.
Complications du diverticule de Meckel chez le nouveau-né.
Zbl. Chir., 1er nov. 1969, 94, n° 44, 1494-1497.
- 473 - KRAUSZ M. & col.
Infantile strangulated Littre's hernia with a gangrenous hemolateral testis : report of a case.
Aust. NZ. J. Surg., February 1974, 44, 45, 47.
- 474 - KRAVETZ R.E., BALSAM Th. et JIMINEZ F.A.
Evolution des tumeurs carcinoïdes du diverticule de Meckel.
Am. J. Gastroenterolog., mars 1962, 37, n° 3, 277-282.
- 475 - KRON B.
Volvulus du grêle sur diverticule de Meckel perforé.
Sem. Hôp. Paris, 14 av. 1973, 49, n° 18, 1288-1289.

- 476 - KROPEC I. & col.
Meckel's diverticulum observations and the therapeutical attitude (author's transl.).
Lijec. Vjesn., oct. 1977, 99, n° 10, 599-602.
- 477 - KÜHNE H.
Complications chirurgicales dans le cas de diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 4 janv. 1958, 85, n° 1, 17-27.
- 478 - KUIPERS G. et SAILER R.
Léiomyome et diverticule de Meckel cause d'hémorragie intestinale.
Zbl. Chir., 29 juil. 1967, 92, n° 30, 2273-2278.
- 479 - KULISH N.I.
On the problem of the valves of Meckel's diverticulum.
Ark. Anat., avr. 1969, 56, 93.
- 480 - KUMP W.L., JORGENS J. et RIGLER L.G.
Muqueuse gastrique ectopique dans un diverticule de Meckel congénital de l'intestin grêle. Mise en évidence radiographique et relation d'un cas (Diverticule de Meckel).
Radiology, juil. 1955, 65, n° 1, 81-85.
- 481 - KUSHCH N.L. & col.
Acute abdominal cavity processes caused by Meckel's diverticulum in children.
Pediatrics (Rus.), jun. 1978, n° 6, 80-82.
- 482 - KYLE J. PEGG C.S. & HAUGEN O.A.
Léiomyosarcome du diverticule de Meckel.
Bull. Soc. internat. Chir., mars-av. 1970, 29, n° 2, 65-68.
- 483 - KYUNG H.K., SCHWARTZ I.S., NIPPER T., GICHON G. & BECK A.R.
Preoperative diagnosis of Meckel's diverticulum by sequential 99 m technetium pertechnetate scanning.
Mt Sinai J. Med., mars-av. 1975, 42, n° 2, 136-141.
- 484 - LADJAJ A.
A propos de 13 cas de diverticule de Meckel chez l'adulte.
Thèse Paris, 1962, n° 186, 37 pages.
- 485 - LAGACHE G., COMBEMALE B., VANKEMMEL M., LEPLAT F. et PROYE C.
25 observations de diverticule de Meckel chez l'adulte.
Lille Chir., mai-juin 1966, 21, n° 3, 242-251.
- 486 - LAGACHE G., LORRIAUX A. et COMBEMALE B.
Pancréas aberrant au niveau d'un diverticule de Meckel révélé par une hémorragie intestinale.
Lille Chir., nov.-déc. 1961, 16, n° 6, 240-242.
- 487 - LAGRAVE G., POUGEARD-DULIMBERT G., PLESSIS J.L., SANGUY D. & BARTHES C.
A propos d'un accident hémorragique du diverticule de Meckel.
Bordeaux Chir., juil.-sept. 1972, 43, n° 3, 61-65.

- 488 - LAMESCH A.
Un cas de péritonite par perforation d'un diverticule de Meckel associé à volvulus avec malrotation chez un nourrisson de 5 jours.
Bull. Soc. Sci. Méd. Luxemb., oct. 1971, 108, n° 2, 211-215.
- 489 - LAMPHIER T.A., DENNEHY T., GOLDSTEIN R. et GOLDBERG R.I.
Diverticule de Meckel. Etude de 109 cas.
J. Internat. Coll. Surgeons, juin 1962, 37, n° 6, 523-532.
- 490 - LAMY J. & col.
Nouveau traité de technique chirurgicale.
Masson éd., Paris, 1971, 11, 75-80.
- 491 - LANG H.D. & VINZ H.
Diverticule de Meckel, cause d'abdomen aigu dans la période néo-natale.
Chirurg., juin 1971, 42, n° 6, 276-278.
- 492 - LANGERON P., PREVOST A.G.
A propos d'observations de diverticule de Meckel.
Lille Méd., 1966, 11, 553-555.
- 493 - LANGERON P. et PREVOST A.G.
A propos d'observations de diverticule de Meckel.
Arch. Franç. Mal. App. dig., av. 1966, 55, n° 4, 333.
- 494 - LANOE M.
Diverticule de Meckel.
Thèse Med. Rennes, n° 49d, 1973.
- 495 - LAPEYRE M.C., COURTY A., CARABALONA P. et CAZALIS C.
Invagination du diverticule de Meckel avec invagination iléo-colique associée.
Montpellier chir., 1955, n° 8, 137-141.
- 496 - LARRAIN F. & col.
Complications of Meckel's diverticulum. Histopathological and clinical analysis of 11 cases.
Rev. Child. Pediatr., sept.-oct. 1974, 45, n° 5, 451-455.
- 497 - LASSERRE J.
Diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic avec fistule entéro-ombilicale.
J. Méd. Bordeaux, sept. 1958, 135, n° 9, 911-917.
- 498 - LASSERRE J.
Sur un cas de diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic.
Bordeaux chir., oct. 1958, n° 4, 217.
- 499 - LATARJET M. et coll.
Sténose inflammatoire du grêle en rapport avec un diverticule de Meckel.
Presse méd., 27 nov. 1965, 73, n° 51, 2937-2939.

- 500 - LATARJET, CHASSAGNON, PINET, MAUREL et WOHRLE
Sténose inflammatoire du grêle en rapport avec un diverticule de Meckel.
Lyon méd., 25 av. 1965, 97, n° 17, 1245-1252.
- 501 - LATARJET M., CHASSAGNON C., PINET F., MAUREL C. et WOERLE R.
Sténose inflammatoire du grêle en rapport avec un diverticule de Meckel.
Arch. Mal. App. dig., mars 1966, 55, n° 3, 236.
- 502 - LAUBE J. & SEIDEL G.
Complication rare d'un diverticule de Meckel (Iléus du grêle).
Zbl. Chir., 20 déc. 1969, 94, n° 51, 1748-1749.
- 503 - LAUMONIER
Ulcères et ulcération du diverticule de Meckel.
Arch. Anat. Path., 1960, 8, n° 3, 223.
- 504 - LAZARKIEWICZ B. et CZEREDA T.
Lésion traumatique du diverticule de Meckel.
Polski Tygod. Lek., 1968, 23, n° 2, 58-59.
- 505 - LAZARUS J.A.
Lésions du colon terminal associées à des troubles urinaires.
Surgery, av. 1944, 15, n° 4, 637-645.
- 506 - LE BAYON L.
Contribution à l'étude des perforations par ascaries du diverticule de Meckel.
Thèse Paris, 1942, n° 247, 46 pages.
- 507 - LEBEDEV A.P.
Pathologie du diverticule de Meckel.
Klinitcheskaja (Mocou), 1967, 45, n° 8, 124-126.
- 508 - LECHNER G.W. et CHAMBLIN S.A. Jr.
Tumeurs argentaffines du diverticule de Meckel. Un cas.
Am. J. Surg., fév. 1962, 103, n° 2, 266-268.
- 509 - LECOMPTÉ P., GAZAIX M., INGLESAKIS J.A., VEDEL J.P. et LOMBART J.
4 cas de diverticule de Meckel.
Arch. franç. Mal. App. dig., av. 1966, 55, n° 4, 346-347.
- 510 - LEE H.K. et col.
Preoperative diagnosis of the Meckel's diverticulum by sequential 99 m Technetium Pertechnetate scanning.
Mt. Sinai J. Med., mars-av. 1975, 42, n° 2, 136-141.
- 511 - LEE P.W. & col.
Adenocarcinoma of a Meckel's diverticulum.
J. R. Coll. Surg. Edinb., nov. 1972, 17, 383-384.
- 512 - LEISERING W.
Complications du diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 1975, 100, n° 24, 1505-1508.

- 513 - LEKIAS J.S.
Occlusion intestinale due à un diverticule de Meckel.
Med. Australia, 11 janv. 1958, 45, n° 2, 37-40.
- 514 - LENTLE B.C. et col.
A "false positive" abdominal scan for Meckel's diverticulum.
Brit. J. Radiol., janv. 1975, 48, n° 565, 59-61.
- 515 - LEONE A.
Patency of the omphalomesenteric duct complicated by evagination of the ileum. Clinical study of 2 cases.
Osped Ital. Chir., juil. 1968, 19, 23-24.
- 516 - LEONIDAS J.C. et coll.
"Le pertechnétate de technetium 99 m dans le diagnostic du diverticule de Meckel".
Arch. Dis. Childh., janv. 1974, 49, n° 1, 21/26.
- 517 - LEPOUTRE C.
Fistule sigmoïde - vésicale d'origine diverticulaire.
Presse médi., 10 juil. 1943, n° 26, 373-374.
- 518 - LE QUINTREC Y. & GENDRE J.F.
Pathologie intestinale. Diverticule de Meckel.
Concours méd., 12 oct. 1974, suppl. n° 35, 101-102.
- 519 - LERNER H.N., LEVINSON S.S. et KATEMANN A.E.
Meckel's diverticulum. A new roentgen diagnosis. Sign and case report.
Amer. J. Roentgenol., 1953, 69, 268-271.
- 520 - LETAC B., VARET B. & GROSGOGÉAT Y.
Tumeur carcinoïde du diverticule de Meckel.
J.A.M.A., 7 juil. 1969, 209, n° 1, 109-111.
- 521 - LETAMIOFF K.A.
Le diverticule de Meckel, point de départ d'inflammations aiguës de la cavité abdominale.
Khirurgiia, 1952; n° 4, 57-59.
- 522 - LEVEILLE M.
Le diverticule de Meckel.
Rev. Franç. de Gastro. Enterol., mai 1978, n° 139, 51-56.
- 523 - LEVEILLE M. (Cent. hosp. St-Eusèbe Joliette Qué. J6E 3E5).
Le diverticule de Meckel.
Un. Med. Canada, oct. 1977, 106, n° 10, 1396-1399.
- 524 - LEWENSTEIN J. et LEVENSON S.S.
Diverticule de Meckel à caractère familial.
New Engl. J. Med., 7 fév. 1963, 268, n° 6, 311-312.
- 525 - LEWITAN A.
Etude radiologique du diverticule de Meckel.
Radiology, nov. 1953, 61, n° 5, 796-800.

- 526 - LIBER B.
Le diverticule de Meckel.
New York State J. Med., 15 fév. 1954, 54, n° 4, 525-528.
- 527 - LIE J.T.
Léiomyosarcome du diverticule de Meckel.
Brit. J. Surg., av. 1966, 53, n° 4, 336-339.
- 528 - LIEBMAN W.M.
Groups I and II pepsinogens in Meckel's diverticulum.
J. Histochem. Cytochem., oct. 1978, 26, n° 10, 867-868.
- 529 - LIN H.P. & col.
Perforation of Meckel's diverticulum in the newborn.
J. Singapore pediatr. soc., mar-apr 1978, 20, n° 1, 54-55.
- 530 - LINDENHOVIUS H.H. & col.
Diagnostic possibilities in Meckel's diverticulum.
Ned. Tijdschr. Geneesk., 11 nov. 1978, 122, n° 45, 1755-1758.
- 531 - LIPSHUTZ G.R. & col.
Gastrointestinal bleeding due to an invagined and intussuscepted Meckel's diverticulum diagnosed by intraopérative ileoscopy.
Gastrointest. Endosc., may 1978, 24, n° 4, 177-178.
- 532 - LITRICIN T. & col.
Acute abdomen caused by Meckel's diverticulum.
Med. Pregl., 1969, 22, 197-201.
- 533 - LITTRE A.
Sur une hernie particulière.
Hist. Acad. Roy. de Sc. Paris, 1700, 15-17.
- 534 - LITTRE A.
Observation sur une nouvelle espèce de hernie.
Hist. Acad. Roy. de Sc. Paris, 1719, 170-300.
- 535 - LLAMBIAS M.R., HAM G. et FONSECA R.
Hémorragie intestinale par diverticule de Meckel.
Prensa méd. argent., 1er oct. 1965, 52, n° 36, 2371-2373.
- 536 - LOBEL B.
Accidents du diverticule de Meckel chez l'enfant. Entretiens de Bichat "Chirurgie".
Paris 28 septembre 1973, 1 volume, Expansion scientifique : Editeur - Paris 1973, 45-50
- 537 - LOCALIO, ARTHUR S.
Diverticular disease of the alimentary tract. Part II : the esophagus, stomach, duodenum and small intestine.
Current Problems Surg., janv. 1969, 38-39.
- 538 - LODEWIJKS H.B.
Trichobezoar in Meckel's diverticulum.
Arch. Chirur., 1973, 25, n° 2, 173, 177.

- 539 - LOMBARDI A.R. & col.
Leiomyoma in Meckel diverticulitis.
Rass. Int. Clin. Ter., 15 sep. 1970, 50, 1104-1110.
- 540 - LOMBARDI D., DI PALMA R., DI FILIPPO R. & TEDESCI V.
L'occlusion intestinale postopératoire da diverticolo di Meckel (Contributo clinico).
Rif. med., 15 mai 1976, 90, n° 7, 296-305.
- 541 - LOUBET R., LOUBET A., LAURES J.Cl. et LOUP J.
Polyadénomatosse gastrique en nappe dans un diverticule de Meckel.
Ann. Anat. pathol., nov.-déc. 1971, 16, 477-482.
- 542 - LOUBET R., LOUP J., LOUBET A. (Mme) & LAURES J.C.
Polyadénomatosse de type gastrite hyperpeptique dans un diverticule de Meckel.
Arch. franç. Mal. App. dig., janv.-fév. 1970, 59, n° 1-2, 83-84.
- 543 - LOUBET R., LOUP J., LOUBET A (Mme) & LAURES J.C.
Polyadénomatosse de type gastrite hyperpeptique dans un diverticule de Meckel.
Bordeaux méd., janv. 1970, 3, n° 1, 178.
- 544 - LOUP J.
Dix cas de diverticule de Meckel chez l'enfant traités par résection iléale segmentaire suivie d'anastomose terminotermine.
Ann. Chir. infant., janv.-fév. 1976, 17, n° 1, 73-79.
- 545 - LYKKE A.W.J. et de la LANDE I.S.
Syndrome carcinoïde au cours d'une tumeur maligne argentaffine dans un diverticule de Meckel.
Med. J. Australia, 28 janv. 1961, 1, n° 4, 125-128.
- 546 - LYNEN F.S.
The complications of Meckel's diverticulum.
Z. Allgemeinmed., 30 sept. 1971, 47, 1390-1393.
- 547 - Mc GOWAN W.B.
Meckel's diverticulitis in a Rhodesian African. Case report.
Cent. Afr. Med., aug 1971, 17, 173.
- 548 - Mc KAY I. & coll.
Diverticule de Meckel se présentant comme une fistule anale.
Brit. Med. J., 6 oct. 1973, 4, n° 5883, 31-32.
- 549 - Mc LEAN J.G.M.
Perforation d'un ulcère gastro-duodénal dans un diverticule de Meckel pendant la grossesse.
J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., janv. 1969, 76, n° 1, 81-82.
- 550 - Mc PARLAND F.A. et KIESEWETTER W.B.
Le diverticule de Meckel chez l'enfant.
Surg. Gyn. Obst., janv. 1958, 106, n° 1, 11-14.

- 551 - Mc SWAIN G.R. & col.
Meckel's diverticulum of the proximal jejunum.
Arch. Surg. feb. 1979, 114, n° 2, 212-213.
- 552 - MAHANTI B.
Diverticulite de Meckel due à une schistosomiase "mansoni".
Am. J. Gastroenterol., av. 1958, 29, n° 4, 404-406.
- 553 - MAILLARD G., FRANCOIS M. & LATREILLE R.
A propos d'un cas de hernie obturatrice étranglée contenant le diverticule de Meckel.
Lyon chir., mai-juin 1970, 66, n° 3, 219-220.
- 554 - MAILLET P.M.
Pathologie du diverticule de Meckel.
E.M.C., Estomac, 3-1965, fasc. 9075 F 10, 6-7.
- 555 - MAJ M.C.
Diagnosis of Meckel diverticulum by Sodium Pertechnetate Tc 99 m Scan.
J.A.M.A., 5 apr. 1976, 235, n° 14, 1471-1472.
- 556 - MALINSKI B. & col.
Incidences of Meckel's diverticulum in the course of abdominal surgery.
Wiad Lek., 1 mar 1972, 25, 411-412.
- 557 - MALLARD G. & col.
A cas of strangulated obturating hernia containing Meckel's diverticulum.
Lyon Chir., may-jun. 1970, 66, n° 3, 219-220.
- 558 - MAMMONI O.H. et SOTES E.
Pathologie du diverticule de Meckel.
Prensa méd. argent., 1er oct. 1965, 52, n° 36, 2145-2147.
- 559 - MANTERO E. et MADERNA C.
Hémopéritoine par perforation de diverticule de Meckel.
Minerva chir., 15 sept. 1960, 15, n° 17, 872-876.
- 560 - MARANTA E. & col.
Roentgen quiz séries III, séquence 1, cases 1-3 : solution.
Leber. Magen. Darm., feb. 1979, 9, n° 1, 37-38.
- 561 - MARIN A.W. & col.
Meckel's diverticulum.
Chir. Patol. Sper., août 1973, 21, 285-292.
- 562 - MARION J., CHAPPUIS J.P., DAUDET M. et BERNEY J.
Les accidents mécaniques du diverticule de Meckel.
Pédiatrie, mars 1969, 54, n° 2, 169-178.

- 563 - MARK R., YOUNG L., FERGUSON C, & SUTHERLAND J.B.
 Diagnosis of an intrathoracic gastrogenic cyst using 99 m Tc pertechnetate.
Radiology, 1973, 109, 137.
- 564 - MARSDEN D.S. & col.
 Preliminary appraisal of present 99 m Tc-pertechnetate techniques for detecting ectopic gastric mucosa.
Radiology, nov. 1974, 113, n° 2, 459-460.
- 565 - MARSHALL L.M., FIELD et OGDEN
 An analysis of 100 cases and the report of a giant diverticulum and four cases occurring within the same immediate family.
Ann. Surg., juin 1955, 141, 819-826.
- 566 - MARTI T. & COTTET P.
 Incarcération and perforation of Meckel's diverticulum in left femoral hernia.
Rev. méd. Suisse rom., 1942, 357, 62.
- 567 - MARTIN A.W. & Col.
 Report on case of hemorrhagic leiomyoma of Meckel's diverticulum.
Chir. Patol. Sper., 1973, 21, 285-292.
- 568 - MARTIN G.I. & col.
 Diagnosis of Meckel's diverticulum by radioisotope scanning.
Pediatrics., 1er janv. 1976, 57, n° 1, 11-12.
- 569 - MARTIN R.
 A propos d'une curiosité relativement rare : léiomyome hémorragique du diverticule de Meckel.
J. Méd. Lyon, 20 fév. 1972, 53, n° 1223, 291-292.
- 570 - MARTINEZ R. & col.
 Meckel's diverticulum : unusual preoperative presentations.
South. Med. J., 2 april 1974, 67, 501-502.
- 571 - MARTINEZ DIEZ M. & col.
 Pathology of Meckel's diverticulum.
Rev. Esp. Enferm., Apar. Dig., 1 april 1974, 43, 45-60.
- 572 - MARTINOT M. et SAINT - AUBERT P.
 Accidents du diverticule de Meckel : occlusions, hémorragies, diverticulites, tumeurs, fistules ombilicales. A propos de 15 cas.
Ann. Chir., déc. 1961, 15, n° 23-24, 1539-1547.
- 573 - MASQUERE M.
 Des occlusions intestinales dues au diverticule de Meckel.
Thèse Toulouse, mars 1945, n° 29, 70 pages.
- 574 - MASSABUAU, COURTY et ROMIEU
 Rapports du diverticule de Meckel et de l'ouraque. A propos d'une occlusion intestinale.
Montpellier méd., juil.-août 1943, 23-24, n° 4, 337-339.

- 575 - MASSOT M.M.
Diverticule de Meckel, quelques accidents.
Arch. franç. Péd., 1959, 16, n° 6, 852.
- 576 - MASTRANDREA F., JOVINO M.G. et COBELLIS F.
Etude de la pathologie du diverticule de Meckel.
Acta med. ital., sept. 1963, 18, n° 9, 249-255.
- 577 - MATHEY - CORNAT R., VIRENQUE P. & LAURENT J.
Volvulus de l'intestin grêle par diverticule de Meckel.
J. Radiol. Electrol., 1941, 24, 68.
- 578 - MATHIS P., DIOT J., HOPFNER C. et SEGAL S.
Les hétérotopies gastriques de l'iléon en dehors du diverticule de Meckel.
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1975, 64, n° 8, 671-677.
- 579 - MATHON C. & GROBERT J.M.
La hernie de Littré. (hernie du diverticule de Meckel). Etude générale à propos d'une observation.
J. Chirur. Paris, Sept. 1973, 106, n° 3, 265-270.
- 580 - MATT J.G.
Diagnosis of Meckel's diverticulum.
J.A.M.A., 8 nov. 1976, 236, n° 19, 2172.
- 581 - MATTHEWS J.C.
Carcinoid tumors arising in Meckel's diverticulum.
J. Med. Assoc. State Ala, mai 1972, 41, 899-901.
- 582 - MAVROS P.
Meckel's diverticulum in the Rhodesian African.
Cent. Afr. J. Med., jun 1974, 20, n° 6, 126.
- 583 - MAYFIELD L. et WAUGH J.
Fistules sigmoïdo-vésicales résultant de diverticulite du colon sigmoïde.
Ann. Surg., août 1949, 130, n° 2, 186-195.
- 584 - MAZURIK E.V.
Perforation d'ulcère du diverticule de Meckel diagnostiquée comme une perforation d'appendicite.
Khirurgia (Moscou), 1963, n° 4, 141-142.
- 585 - MECKEL J.F.
Beiträge zur vergleichende Anatomie.
Leipzig, Reclam, p. 91.
- 586 - MECKEL J.F.
Ueber die Divertikel am Darmkanal.
Arch. für Phys., 1809, 9, 421-453.
- 587 - MEGUID M.M. & col.
Futility of barium sulfate in diagnosis of bleeding Meckel's diverticulum.
Arch. Surg., March 1974, 108, n° 3, 361-362.

- 588 - MEGUID M., CANTY T. & ERAKLIS A.J.
Complications of Meckel's diverticulum in infants.
Surg. Gynec. Obstet., oct. 1974, 139, n° 4, 541-544.
- 589 - MEHTA M.M.
Diverticule de Meckel : relation d'un cas démontré par la radiographie.
Am. J. Roentgenol., av. 1957, 77, n° 4, 644-646.
- 590 - MENDOZA C.B. jr., CUETO J., PAYAN H. et GERWIG W.H. jr.
Conduit ouraquien complet associé à un diverticule de Meckel.
Arch. Surg., mars 1968, 96, n° 3, 438-439.
- 591 - MENNECKE V.
Complications post-opératoires dues au diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 1955, 80, n° 1, 30-31.
- 592 - MERRITT W.H. et RABE M.A.
Le diverticule de Meckel : revue de la Littérature et relation d'un cas rare.
Arch. Surg., déc. 1950, 61, n° 6, 1083-1095.
- 593 - METAIRIE-SIMON P. & SIMON G.C.
Invagination iléo-intracolique d'un diverticule de Meckel.
Sem. Hôp. Paris, 4 oct. 1969, 45, n° 41, 2547-2548.
- 594 - MIANI A.
Occlusion intestinale chronique due à un diverticule de Meckel.
Minerva chir., 30 nov. 1958, 13, n° 22, 1340-1348.
- 595 - MICHAS C.A. et col.
Meckel's diverticulum : should it be excised incidentally at opération.
Am. J. Surg., juin 1975, 129, n° 6, 682-685.
- 596 - MICHAUD J.
Les défauts d'involution du canal omphomésentérique et leur pathologie chez l'enfant. (A propos de 60 observations).
Thèse Toulouse, 1970, 1 vol. Fournié Ed.
- 597 - MICHEL M.L., FIELD R.J. et OGDEN W.W. jr
Diverticule de Meckel.
Ann. Surg., juin 1955, 141, n° 6, 819-829.
- 598 - MICHEL M.L. et WREN H.B.
Le diverticule de Meckel.
Am. J. Gastroenterol., oct. 1959, 32, n° 4, 477-484.
- 599 - MICKEL M., FIELD R., OGDEN W.
Diverticule de Meckel.
Ann. Surg., 1955, 141, 812-829.
- 600 - MIGLIACCIO V. et BEGG C.
Le diverticule de Meckel (50 cas).
Am. J. Surg., août 1948, 76, n° 2, 188-196.

- 601 - MILLER M.C.
Remarques sur le diagnostic clinique et radiologique du diverticule de Meckel, relation d'un cas.
Gastroenterology, oct. 1958, 35, n° 4, 414-417.
- 602 - MILROY P.
Occlusion intestinale due à l'invagination d'un diverticule de Meckel.
Brit. Med. J., 11 mars 1939, n° 4079, 504.
- 603 - MILUSHEV G. & col.
Case of severe strangulated ileus caused by Meckel's diverticulum.
Khirurgiya (Sofia), 1978, 31, n° 6, 561-562.
- 604 - MIYABARA S. & col.
Meckel's diverticulum found at autopsy fetopathological study of 61 cases.
Hiroshima J. Med. Sci., sept. 1974, 23, n° 2-3, 179-190.
- 605 - MLEZOCHE R.
Un cas d'hémorragie intestinale menaçant la vie due au diverticule de Meckel.
Klin. Med., 1955, 508-510.
- 606 - MODZELEWSKI B. & col.
Acute Meckel's diverticulitis in a patient with a pseudomucinous cyst of the appendix.
Pol. Tyg. Lek., 7 aug. 1978, 33, n° 32, 1257-1258.
- 607 - MONDOR H.
Diagnostics urgents. Abdomen.
Masson Edit., Paris 1933, 1 vol.
- 608 - MONDOR H. et LAMY M.
Etude clinique des ulcères du diverticule de Meckel.
J. Chir., 1933, 41, 553-584, bibliogr.
- 609 - MONGES H. et coll.
Sur la pathologie du diverticule de Meckel chez l'adulte.
Marseille méd., 1967, 104, n° 6, 589-593.
- 610 - MONOD - BROCA Ph.
Le diverticule de Meckel et la pathologie omphalomésentérique.
Encycl. méd. chir. (Paris) Estomac - intestin - Fasc. 9075 M-10 (9 - 1977).
- 611 - MONOD - BROCA Ph., TESTAS P., LADJADJ A. et PLATEAUX A.
Le diverticule de Meckel en pratique chirurgicale courante. (A propos de 43 observations).
Ann. Chir. (suppl. sem. Hôp. Paris), juin 1966, 20, n° 11-12, 750-759.

- 612 - MONOD - BROCA Ph., TESTAS P. et LALDJADJ A.
A propos de 10 diverticules de Meckel de l'adulte dont six gravement compliqués.
Arch. Fr. Mal. App. Dig., oct. 1962, 51, n° 10, 1148-1152.
- 613 - MONOD - BROCA Ph., BACH Ch. et DESGREZ A.
Hémorragies intestinales : contribution à la détection des hétérotopies de muqueuse gastrique et du diverticule de Meckel. Intérêt du scintigramme gastrique.
Chirurgie, 25 oct. - 8 nov. 1972, 98, n° 11, 649-652.
- 614 - MONTANT R. et coll.
Entérorragie itérative de l'adulte par diverticule de Meckel.
Rev. méd. Suisse rom., 25 août 1950, 70, n° 8, 441-453.
- 615 - MOORE R.H. et PARSONS W.H.
Cancer du diverticule de Meckel.
Arch. Surg., déc. 1953, 67, n° 6, 939-942.
- 616 - MOORE T. & JOHNSTON A.O.B.
Complications of Meckel's diverticulum.
Brit. J. Surg., juin 1976, 63, n° 6, 453-454.
- 617 - MOREAU A.
Sténose du grêle par diverticule de Meckel ou diverticule de Meckel ectopique.
J. Radiol. Electrol., oct. 1959, 40, n° 10, 593-595.
- 618 - MORENO AZCOITIA M. & col.
Massive digestive hemorrhage caused by duodenal diverticula. Comments on a case of duodenal membrane, commomesentery and Meckel's diverticulum.
Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., 1 mar. 1978, 52, n° 5, 605-616.
- 619 - MORENO DE ORBE M., PENA J., SANCHEZ LADO J. et MENDEZ BENEGASI
La chirurgie d'urgence par diverticule de Meckel compliqué.
Bol. Soc. valenc. Ped., oct.-nov.-déc. 1963, 5, n° 20, 387-388.
- 620 - MORGER R.
Meckel's diverticulum and its complications in childhood.
Helv. Chir. Acta., dec. 1972, 39, 797-799.
- 621 - MORLOCK G. et BENNETT G.
Une complication rare d'un diverticule de Meckel.
Ann. Surg., juil. 1948, 128, n° 1, 153-157.
- 622 - MOROZ I.M. & col.
Several problems connected with the pathologies of Meckel's diverticulum.
Klin. Khir. (Kiev), mars 1970, 3, 60-62.
- 623 - MOSES W.R.
Meckel's diverticulum. Report of two unusual cases.
New Engl. J. Med., 1947, 237, 118-122.

- 624 - MOSKOVITZ W.S., HUGUES C.W. et BOWERS W.F.
Le diverticule de Meckel.
Arch. Surg., juil. 1960, 81, n° 1, 36-44.
- 625 - MOTHES W. et SCHOLZ O.
Diverticule de Meckel.
Müch. Med. Wschr., 8 nov. 1968, 110, n° 45, 2627-2631.
- 626 - MOULLE P.
Détection isotopique d'un diverticule de Meckel hémorragique.
La Nouvelle Presse médicale, 16 déc. 1972, 1, n° 45, 3078.
- 627 - MURASHEVA Z.M. & col.
Pathological process in Meckel's diverticulum.
Sovet. Med., avr. 1970, 99-103.
- 628 - MUROFF L.R., CASARELLA W.J. & JONHSON P.M.
Preopérative diagnosis of Meckel diverticulum. Angiographic and radionuclide studies in a adult.
J. Amer. med. Ass., 30 sept. 1974, 229, n° 14, 1900-1902.
- 629 - MUSSA C.C. & coll. (Univ. studi. Torino ist. pueric.).
Considerazioni sull'uso del ^{99m}Tc-pertechnetato nella diagnostica scintigrafica del diverticolo di Meckel.
Minerva Med. Ital., 22 oct. 1977, 68, n° 44, 3055-3060.
- 630 - NAGASUE N. & col.
Case report : a bleeding Meckel's diverticulum diagnosed by selective arteriography.
Gastroenterol. Jpn., 1976, 11, n° 1, 44-48.
- 631 - NASSEF A.E. & col. (Dep. surg. fac. med. Cairo univ.).
Meckel's diverticulum. Review of litterature, post-mortem study and report of two unusual cases. Diverticule de Meckel.
Med. Journ. Cairo Univ. Egypt., 1977, 45, n° 2, 185-189.
- 632 - NASTEV V.
Total volvulus of the small intestine in Meckel's diverticulum.
Khirurgiia (Sofia), 1971, 24, 213-214.
- 633 - NEMOURS - AUGUSTE M.
Examen radiologique du diverticule de Meckel.
Arch. Mal. Appar. dig., 1949, 38, 1127-1128.
- 634 - NEMOURS - AUGUSTE S., HILLEMAND P., MERCADIER M., SCHWOB R. et VAYRE P.
Un cas de diverticule de Meckel.
Presse méd., 17 av. 1965, 73, n° 19, 40.
- 635 - NESTERENKO Iu. A. & col.
Diseases caused by Meckel's diverticulum.
Khirurgiia (Mosk.), oct. 1976, n° 10, 50-54.
- 636 - NEUMANN D.
Meckel's diverticulum as a cause of intestinal hemorrhage.
Med. Welt., 9 sep. 1972, 23, 1250-1251.

- 637 - NICOL J.Y.
A propos de 7 cas de diverticule de Meckel.
Marseille chir., 1963, n° 5, 458-463.
- 638 - NICOLA R.R. (de)
Signe abdominal pathognomique pour diverticulite de Meckel.
J.A.M., 27 mars 1954, 154, n° 13, 1083-1085.
- 639 - NIEDENZU H.
Contribution aux tumeurs du diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 15 mars 1958, n° 11, 679-683.
- 640 - NIELSEN O.V. & CHRISTIANSEN J.
Chronic abdominal pain and Meckel's diverticulum.
Acta chirurg. Scand., 1973, 139, n° 8, 739-741.
- 641 - NIKLAS C.
Meckel's diverticulum fistula into the urinary bladder.
Pol. Przegl. Chir., may 1973, 45, 641-642.
- 642 - NILSEN B.H.
Meckel's diverticulum and bleeding peptic ulcer.
Tidsskr. Nor. Laegeforen., 10 sep. 1976, 96, n° 25, 1310-1311.
- 643 - NINI W.
Le diverticule de Meckel en chirurgie.
Rev. méd. Moyen Orient, mai-juin 1964, 21, n° 3, 325-326.
- 644 - NOEL W.W.
Diverticulum de Meckel.
Am. J. Surg., sept. 1940, 454-463.
- 645 - NOKAIDOH H.
Invagination chronique avec diverticule de Meckel invaginé due à une masse lipomateuse solide, avec coexistence d'ulcère et d'hémorragie.
Yokohama Med. Bull., oct. 1959, 10, n° 5, 281-291.
- 646 - NOSNY P. et CLEMENT G.
Ulçère du diverticule de Meckel.
Marseille chir., 1962, n° 2, 164.
- 647 - NOVELL CAPILLA F. & col.
Intestinal invagination by intussusception of Meckel's diverticulum.
Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., sep. 1976, 48, n° 3, 351-360.
- 648 - NUDELMAN Y.M.
Un cas d'invagination du diverticule de Meckel.
Khirurgia (Moscou), 1969, n° 1, 114.
- 649 - O'BRIEN H.D.
Deux cas rares de complications du diverticule de Meckel.
Med. J. Austral., 3 av. 1954, 41, n° 14, 521-522.

- 650 - OCANA LOSA J.M. & col.
Symptomatic Meckel's diverticulum.
Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., juil. 1975, 46, n° 1, 25-36.
- 651 - OCANA LOSA J.M. & col.
Preoperative diagnosis of Meckel's diverticulum.
An. Esp. Pediatr., March-April 1974, 7, 180-185.
- 652 - OGAWA K.M. & col.
Meckel's diverticulum in children.
Matern. Infanc. (S. Paul), oct.-dec. 1968, 26, 387-390.
- 653 - OMBREDANNE L.
Precis clinique et opératoire de chirurgie infantile.
Masson, édit., Paris, 1944, 1 vol., 1028 pages.
- 654 - ORLAND, Vaz.
Littre-Richter hernia with report of cases.
Arch. bras. Méd., 1954, 35, 227.
- 655 - ORSZULOK J. & col.
Meckel's diverticulum-still a clinical problem.
Ulster. Med. J., 1970, 39, 72-78.
- 656 - OSBORNE M.P. & col.
Axial volvulus of Meckel's diverticulum.
Postgrad. Med. J., oct. 1978, 54, n° 636, 692-693.
- 657 - OSTERGAARD A. & col.
Arteriographic demonstration of bleeding from Meckel's diverticulum. Report of a case.
Scand. J. Gastroenterol., 1971, 6, 109-110.
- 658 - O'SULLIVAN J.P.
Problems associated with Meckel's diverticulum.
Brit. J. Clin. Pract., nov. 1969, 23, 463-465.
- 659 - OTTENI F., THOMAS M. & ADLOFF M.
Les complications du diverticule de Meckel. A propos de 29 observations.
Acta chir. belg., mai 1970, 69, n° 5, 304-317.
- 660 - OTTENI M.N.F., THOMAS M., ADLOFF M. & JAEK D.
Les complications du diverticule de Meckel. A propos de 29 observations. Association Nord-Lotharingienne de gastro-entérologie.
Pont-à-Mousson 25-26 avril 1970 in : *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, déc. 1970, 59, n° 1-2, 829.
- 661 - OVCHARENKO V.V.
Gangrenous-perforative Meckel's diverticulum in an infant.
Pediatrics (Mosk.), août 1975, n° 8, 78-79.

- 662 - PAHOMEANU M. & col.
Acute Meckel's diverticulitis perforated by a foreign body.
Rev. Chir. (Chir.), juil.-août. 1976, 25, n° 4, 281-284.
- 663 - PALMER E.D.
Problèmes cliniques du diverticule de Meckel.
Am. J. Med. Sc., janv. 1955, 229, n° 993, 16-21.
- 664 - PAMICH G., CICCONE G. et LOBRANO V.
Iléus mécanique par phytobezoard obstruant le diverticule de Meckel.
Minerva chir., 30 av. 1967, 22, n° 8, 476-478.
- 665 - PAPANICOLAOU P.
Hernie de Littre étranglée.
Galemus (Grèce), janv. 1963, 5, n° 1, 30-37.
- 666 - PABLA B. & col.
Meckel's diverticulum.
Patl. Pol., juil-déc. 1975, 26, n° 3, 423-430.
- 667 - PARC R. & col.
Léiomyome du diverticule de Meckel révélé par une hémorragie digestive. Diagnostic préopératoire par l'artériographie sélective.
J. Chir. (Paris), mai-juin 1975, 109, n°5-6, 613-620.
- 668 - PARIS J. et SALEMBIER J.
Diverticule de Meckel hémorragique avec pancréas aberrant.
Lille chir., mars-av. 1962, 17, n° 2, 87-96.
- 669 - PARK H. & LUCAS C.E.
Perforation du diverticule de Meckel à la suite d'un traumatisme abdominal fermé.
J. Trauma, août 1970, 10, n° 8- 706-707.
- 670 - PARODI A.G. & col.
A cause of malignant schwannoma of Meckel's diverticulum.
Chir. Patol. Sper., oct. 1977, 25, n° 5, 250-258.
- 671 - PASINI M. & col.
Bleeding Meckel's diverticulum (Diagnosis using radioisotope scintigraphy).
Lijec. Vjesn., mars 1975, 97, n° 3, 153-155.
- 672 - PASSARO E. jr., RICHMOND D. et GORDON H.E.
Chirurgie du diverticule de Meckel chez l'adulte.
Arch. Surg., août 1966, 93, n° 2, 315-318.
- 673 - PATTERSON F.M.S.
Incarceration of Meckel's diverticulum in femoral hernia.
Case N.C. med. J., 1946, 7, 59.

- 674 - PAUL M. et GOONA - WARDENA S.D.F. (de)
Diverticulite aigüe de Meckel avec vers ronds dans la cavité péritonéale.
Am. J. Surg., fév. 1953, 85, n° 2, 243-244.
- 675 - PAWLIK A., WLODARKIEWICZ A. & KYZIOL S.
Une forme rare d'occlusion intestinale due à un diverticule de Meckel.
Pol. Tyg. lek., 1971, 26, n° 19, 720-721.
- 676 - PAWLOWSKI S.
Meckel's diverticulum as a cause of gastrointestinal hemorrhage.
Wiad Lek., 15 juin 1977, 30, n° 12, 977-978.
- 677 - PAYSON B.A., SCHNEIDER K.M. et VICTOR M.B.
Etranglement d'un diverticule de Meckel dans une hernie fémorale (Littré).
Amer. Surg., 1956, 144, n° 2, 277-281.
- 678 - PEAKE J.
Case of preternatural anus, found in a portion of ilium protruded at the umbilica.
Edinb. med. J., 1811, 7, 52-53.
- 679 - PELLERIN D., HAROUCHI A. & DELMAS P.
Le diverticule de Meckel. Revue de 250 cas chez l'enfant.
Ann. Chir. infant., mai-juin 1976, 17, n° 3, 157-171.
- 680 - PERA BLANCO - MORALES C.
Iléus par diverticule de Meckel.
Rev. Clin. espan., 15 oct. 1954, 55, n° 1, 36-37.
- 681 - PERELLI-ERCOLINI M., PLITERI S. & SEGANI A.
Su 4 casi di neurofibroma del diverticolo di Meckel.
Arch. ital. Chir., oct.-déc. 1974, 98, n° 4, 431-450.
- 682 - PERLBERGER R.R.
Démonstration of bleeding from Meckel's diverticulum by means of selective arteriography of superior mesenteric artery.
Radiol. Clin. (Basel), 1975, 44, n° 5, 397-401.
- 683 - PERRIER G.
Diverticule de Meckel.
Thèse Med. Lyon n° 229, 1974.
- 684 - PERROTTI E. & col.
Diverticulosis of Meckel's diverticulum in childhood. 1 year's experience.
Minerva chir., 31 oct. 1975, 30, n° 20, 1049-1052.
- 685 - PESIC R.
Reperforation of an ulcer on Meckel's diverticulum.
Srp. Arh. Celok. Lek., juil.-août 1974, 102, n° 7-8, 615-619.

- 686 - PESIC R. & col.
Pathology and clinical aspects of Meckel's diverticulum.
Acta. Chir. Jugosl., 1975, 22, n° 1 Suppl. 155-158.
- 687 - PETRITSCH P.
Meckel's diverticulum simulating bladder tumor.
Zentralbl. Chir., 30 mar. 1973, 98, 472-474.
- 688 - PETRITSCH P.
Problème du diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 1er juil. 1972, 97, n° 26, 879-881.
- 689 - PETROKUBI R.J. & col.
Cimetidine administration resulting in improved pertechnetate imaging of Meckel's diverticulum.
Clin. Nucl. Med., oct. 1978, 3, n° 10, 385-388.
- 690 - PETROV P.
Incorrect management of complicated Meckel's diverticulum.
Khirurgia (Sofia), 1970, 1970, 23, 281-282.
- 691 - PETTINATO G.
Pathology of Meckel's diverticulum. A propos of a case. Notes on surgical anatomy and surgical technic.
Chir. Ital., juin 1977, 29, n° 3, 266-281.
- 692 - PFISTERER H.G.
La clinique du diverticule de Meckel.
Gastroenterologia, 1961, 95, (suppl.), 347-352.
- 693 - PFITZNER H.R.
Sarcome fuso-cellulaire du diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 2 fév. 1957, 82, n° 5, 206-207.
- 694 - PHILIPS J.H.C.
La diverticulose jéjunale.
Brit. J. Surg., janv. 1953, 40, n° 162, 350-354.
- 695 - PICANOL J.
Pathologie du diverticule de Meckel chez l'enfant.
An. Hosp. Santa Cruz y San Pablo, juil.-août 1969, 29, n° 4, 291-296.
- 696 - PICALAN J., CLARET COROMINAS I. et SALARICH J.
Accident par diverticule de Meckel.
Bol. Soc. Valenc. Ped., oct.-nov.-dec. 1963, 5, n° 20, 390.
- 697 - PICQUE L. et GUILLEMOT A.
De la diverticulite (Inflammation du diverticule de Meckel).
Bull. med. (Paris), 1899, 517-520.
- 698 - PINA BORONAT R. & col.
Meckel's diverticulum causing anemia. Preoperative diagnosis.
Rev. Clin. Esp., 15 jan. 1978, 148, n° 1, 99-101.

- 699 - PINTER A.
Letter ; Surgical management of childhood ileus caused by Meckel's diverticulum.
Orv. Hetil., 7 mars 1976, 117, n° 10, 629-630.
- 700 - PINTO V.C. et VILHENA MORALES R. (de)
Les complications du diverticule de Meckel chez le nourrisson et l'enfant.
J. Int. Coll. Surg., av. 1955, 23, n° 4, 407-413.
- 701 - PLATEAUX A.
A propos d'une observation familiale de diverticule de Meckel.
Thèse Paris, 1964, n° 111, 84 pages.
- 702 - PLEWINSKI G.
Un cas de trouble du développement intestinal avec persistance du diverticule de Meckel.
Polski Tygod. Lek., 3 av. 1961, 16, n° 14, 527-529.
- 703 - POIX J. (Melle).
Diagnostic radiologique du diverticule de Meckel.
Thèse Lille, 1958, n° 85.
- 704 - POLAK M. et PONTES J.F.
The diagnosis of Meckel's diverticulum by peritoneoscopy.
Gastroenterology, juin 1960, 38, n° 6, 912-913.
- 705 - PONKA J.L.
Invagination due à un diverticule de Meckel invaginé. Présentation de 2 cas et analyse de 52 cas pris dans la littérature.
Am. Surg., oct. 1956, 92, n° 4, 545-547.
- 706 - PORFIRI L. & CAPPONI E.
Au sujet de la pathologie du diverticule de Meckel.
Minerva med., 7 fév. 1972, 63, n° 9, 505-516.
- 707 - POUYANNE L., HONTON J.L., LEROY P. et MAHBOURI R.
A propos de deux cas d'invagination intestinale du nourrisson par diverticule de Meckel.
Bordeaux chir., av. 1962, n° 2, 77-79.
- 708 - POUYANNE, HONTON, LEROY et MAHBOURI R.
A propos de 2 cas d'invagination intestinale du nourrisson par diverticule de Meckel et d'un cas d'invagination par entérokystome de la valvule de Bauhin.
J. Méd. Bordeaux, nov. 1962, 139, n° 11, 1625.
- 709 - PRECIGOUX N.
Pathologie du diverticule de Meckel.
Thèse Med. Bordeaux n° 351 d, 1975.
- 710 - PRENNER K.
Complications post-opératoires inhabituelles après ablation d'un diverticule de Meckel primitif anodin.
Chirurg., janv. 1965, 36, n° 1, 36-38.

- 711 - PRIEBE C.J, MARSDEN D.S. & LAZAREVIC B.
The use of 99 m technetium pertechnetate to detect transplanted gastric mucosa in the dog.
J. Pediatr. Surg., 1974, 9, 605-613.
- 712 - PRIMROSE J.M. & col.
Symptomatic familial Meckel's diverticulum : two case reports and literature review.
S.D.J. Med., mai 1977, 30, n° 5, 7-9.
- 713 - PUJARI R.B. & col.
Meckel's diverticulum.
J. Indian. Med. Assoc., 16 oct. 1978, 71, n° 8, 197-199.
- 714 - PUJARI B.D. & DEODHARE S.G.
Ascarideal penetration of Meckel's diverticulum.
Int. Surg., fév. 1978, 63, n° 2, 113-114.
- 715 - QUIRI A.
Meckel's diverticulum strangulated in crural hernie.
Case Arch. ital. Chir., 1938, 54, 16.
- 716 - QUIROLI A., BINI A.
"Enterorragia recidivante da fibroleiomioma ileale associato ad adenocarcinoma del colon discendente".
Min. Chir., 1974, 29, 1327.
- 717 - QUIROLI A. & coll. (Ops. gen. zona I Cappi Poggio Rusco Mantova).
Problemi diagnostici del diverticolo di Meckel semplice e complicato del l'adulto.
Minerva Chir. Ital., 30 sept. 1977, 32, n° 18, 1113-1117.
- 718 - RAFFENSPERGER E.C. et MARKUNAS F.B.
Démonstration radiologique d'un diverticule de Meckel.
Gastroenterology, nov. 1950, 16, n° 3, 609-611.
- 719 - RAIN J.D.
"Intérêt de la scintigraphie au pertechnetate 99 m Tc dans le dépistage pré-opératoire d'un diverticule de Meckel".
Rev. Pédiat., 10-19-75, 11, n° 8, 411-412.
- 720 - RAM S. & col.
Meckel's diverticulum.
Woman Physician., Mar. 1972, 27, 123-132.
- 721 - RAMBAUD P. & coll.
"Le diverticule de Meckel chez l'enfant".
Med. Infant., mai-juil. 1974, 81, n° 5, 445-453.
- 722 - RANDOLPH R.P. & coll. (Nav. reg. med. cent. Porthmouth Va).
Preoperative diagnosis of rectal bleeding in a adult using radioisotope scan.
South. med. Journ. U.S.A., 1977, 70, n° 6, 680-685.
- 723 - RAO P.G. & col.
Leiomyosarcoma of Meckel's diverticulum.
Indian J. Cancer, déc. 1976, 13, n° 4, 381-382.

- 724 - RAWLINSON J.K.M.
Perforation du diverticule de Meckel par arête de poisson.
Brit. J. Surg., mars 1956, 43, n° 181, 555-557.
- 725 - RAYBAUD C., PIERRON H., PERRIMOND H. et ORSINI A.
Anémie sévère hypochrome par hémorragies du diverticule de Meckel.
Marseille méd., 1966, 103, n° 12, 992-995.
- 726 - RAZEMON P., GAUTIER C. et DHAINAUT J.
9 diverticules de Meckel chez l'adulte.
Lille chir., juil.-oct. 1966, 21, n° 4-5, 292-297.
- 727 - RECK W.
Structure of the muscularis propria on the passage from the small intestine to Meckel's diverticulum.
Anat. Anz., 1971, 128, 285-287.
- 728 - REICHMANN J.
Complications rares à des diverticules de Meckel.
Zbl. Chir., 17 oct. 1959, n° 42, 1725-1731.
- 729 - REICHMANN J.
Tissu hétérotrope dans un canal omphaloentérique rudimentaire (diverticule de Meckel).
Munch. med. Wschr., 24 fév. 1961, 103, n° 8, 410-411.
- 730 - REITER J. & col.
Clinical importance of Meckel's diverticulum.
Fortschr. Med., 18 nov. 1976, 94, n° 33, 1937-1940.
- 731 - RICHTER G.
Apropos de gangrène d'un diverticule de Meckel rempli de calculs.
Zbl. Chir., 1955, 80, n° 39, 1598-1601.
- 732 - RICUPERO S., FATTOVICH G. & GIARDINA F.
Invaginazione intestinale da diverticulo di Mickel associato a volvolo ileale.
Chir. Triveneta, 1968, 8, 713.
- 733 - RIGOVICH I.N. & col.
Perforation of the Meckel's diverticulum in the anterior abdominal wall.
Vestn. Khir. Grekov., avr. 1969, 102, 135-136.
- 734 - RILL A.
Cases of ductus omphaloentericus persistens.
Acta Med. Jugosl., 1970, 24, 281-286.
- 735 - RINGO R.E. & CHARLTON M.R.
Meckel's diverticulum and Littre's hernia.
Northw. Med. (Seattle), 1940, 39, 60.

- 736 - RIUMSHIN G.I.
Surgical pathology of Meckel's diverticulum.
Vestn. Khir. aug. 1971, 107, 49-52.
- 737 - RIVES J. & AZOULAY C.
Hernies crurales.
Encycl. méd. chir. (Techniques chirurgicales), 40,, 115-116.
- 738 - RIZZO V.
Diverticule de Meckel.
Riv. Chir. Ped., 1961, n° 4, 336.
- 739 - ROBERG O.T. jr.
Résult after empiric gastric resection for massive hemorrhage from concealed Meckel's diverticulum.
Ame. J. Surg., mai 1966, 111, n° 5, 712-714.
- 740 - ROBIN B.
La pathologie du diverticule de Meckel.
Concours méd., 13 mars 1965, 87, n° 11, 1819-1825.
- 741 - RODGERS B.M. & coll.
La scintigraphie "faussement positive" dans le diverticule de Meckel.
Jal. Pédiatr., août 1975, 87, n° 2, 239-240.
- 742 - RODRIGUEZ - FORNOS S.S.
Pathology of Meckel's diverticulum.
Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., 1 mar 1973, 39, 527-546.
- 743 - ROESSEL C.W.
Perforation of Meckel's diverticulum by foreign body. Case report and review of litterature.
Ann. Surg., déc. 1962, 156, n° 6, 972-975.
- 744 - ROGISTER G.
Meckel's diverticulum.
Rev. Med. Liège, 1 août 1967, 22, 430-436.
- 745 - ROJHAN M.S. & col.
Incidence of Meckel's diverticulum in 100 cadavers.
Postgrad. Med. J. n ov. 1974, 50, n° 589, 697-701.
- 746 - ROLLI F.
Le diverticule de Meckel.
Minerva chir., 15 juin 1964, 19, n° 11, 379-383.
- 747 - ROMANOWSKA - GORECKA B. & col.
Masking effect of indocin on the course of purulent inflammatory processes.
Pol. Tyg. Lek., dec. 1969, 24, 2019-2020.
- 748 - ROMIG R.S.
Diverticule de Meckel à l'origine d'occlusion intestinale.
Arch. Surg., août 1961, 83, n° 2, 262-265.

- 749 - ROOT G.T. et BAKER C.P.
Complications du diverticule de Meckel.
Am. J. Surg., août 1967, 114, n° 2, 285-288.
- 750 - ROSSELLI A. et PAULINO F.
Tumeur carcinoïde du diverticule de Meckel.
Am. J. Dig. Dis., juil. 1964, 9, n° 7, 509-515.
- 751 - ROSENFELD W.
A propos de la fréquence du diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 1955, 80, n° 51, 2024-2026.
- 752 - ROSENFELD W.
Une tumeur pseudoannexielle.
Zbl. Gyn., 27 déc. 1958, 80, n° 52, 2041-2042.
- 753 - ROSENTHALL L., HENRY J.N., MURPHY D.A. & FREEMAN L.M.
Examen par pertechnetate radioactif du diverticule de Meckel.
Radiology, nov. 1972, 105, n° 2, 371-373.
- 754 - ROSSWICK R.P.
Perforation of Meckel's diverticula by foreign bodies.
Postgrad. Med. J., 1965, 41, 105-107.
- 755 - ROZZA S. et GROSS R.J.
Perforation intra utérine du diverticule de Meckel.
Am. J. Roentg., juin 1953, 69, n° 6, 944-947.
- 756 - ROUX G., NEGRE E. et PRIOTON J.B.
Léiomyome du diverticule de Meckel. Diagnostic radiologique pré-opératoire.
Montpellier chir., 1956, n° 11, 137-141.
- 757 - ROUX J.
Chirurgie de l'intestin grêle et du mésentère.
Masson Ed., Paris, 1967.
- 758 - ROUX P.
Des hernies composées.
Mélanges de physiologie et de chirurgie. Paris, 1809, 50-51.
- 759 - ROWAN T. & col.
Diagnosis of bleeding Meckel's diverticulum.
Wis. med. J., avr. 1977, 76, n° 4, 556-557.
- 760 - ROZENGURT N.I.
Perforation du diverticule de Meckel et perforation d'appendicite aiguë.
Khirurgia (Moscou), oct. 1963, n° 10, 126-127.
- 761 - RUDLER M.
"Séance du 2 juillet 1962 de la Soc. Nation. Franç. de Gastroentérologie".
Arch. Mal. App. Dig., 1962, 51, 1151.

- 762 - RUDLER
Phlegmon herniaire.
Rev. Chir. (Paris), 1944, 63, 255.
- 763 - RUMORE A.
Perforation du diverticule de Meckel.
Med. J. Australia, 25 janv. 1958, 45, n° 4, 110-112.
- 764 - RUSSELL C.D.
Letter : Scans for Meckel's diverticulum.
N. Engl. J. Med., 31 oct. 1974, 291, n° 18, 978.
- 765 - RUTHERFORD R.B. et AKERS D.R.
Meckel's diverticulum : A review of 148 pediatric patients, with spécial reference to the pattern of bleeding and to mesodiverticular vascular bands.
Surgery, av. 1966, 59, n° 4, 618-626.
- 766 - RUYSCH F.
Thesaurus Anatomicus.
Amsterdam, Wolters, 1701, p. 9.
- 767 - RYU C.K. & BROWN H.W.
Hernie de Littré.
Internat. Surg., fév. 1972, 57, n° 2, 135-136.
- 768 - SABACKY J. & col.
The diagnosis of bleeding Meckel's diverticulum.
Cosk. Pediatr., mar. 1979, 34, n° 3, 169-170.
- 769 - SABISTON, DAVID C.
Textbook of surgery.
Philadelphia, Saunders, s.d., 2 vols.
- 770 - SADEGHI-NEJAD H.
Léiomyosarcome du diverticule de Meckel.
Int. Surg., juil. 1971, 56, n° 1, 45-47.
- 771 - SAILER R., BOHME H. et JACOBS G.
Léiomyosarcome du diverticule de Meckel.
Deutsche med. Wschr., 8 mars 1968, 93, n° 10, 446-450.
- 772 - SARNI C.F.
Le diverticule de Meckel : relation de 16 cas.
J. Internat. Coll. Surgeons, juil. 1957, 28, n° 1, 16-19.
- 773 - SARRAZIN C.V.M.
Des accidents dus au diverticule de Meckel.
Thèse Bordeaux, 1940, n° 8, 70 pages.
- 774 - SAUBIER E.C. et FERNOUX H.
A propos de deux cas d'occlusion du grêle par diverticule de Meckel, l'une par noeud, l'autre par bride chez deux femmes âgées.
Lyon chir., nov. 1957, 53, n° 6, 922-924.

- 775 - SAUER H.
Complications du diverticule de Meckel.
Wien. méd. Wschr., 18 juin 1966, 116, n° 25-26, 587-590.
- 776 - SAVA P. & coll. (Cent. hosp. univ. Besançon 25030 Cédex).
Perforation d'un diverticule de Meckel par un corps étranger.
Revue de la Littérature.
Lyon Chir. Fr., juil.-août 1977, 73, n° 4, 295-296.
- 777 - SAVAGE P.T.
Un cas rare de diverticule de Meckel.
Proc. Roy. Soc. Med., mars 1960, 53, n° 3, 228-229.
- 778 - SAVTSUK B.D., RYNDIN V.D. & MIRANDA A.Z.
Traitement chirurgical du diverticule de Meckel.
Khirurgia (Moscou), 1969, n° 1, 71-78.
- 779 - SAWICZ-BIRKOWSKA K. & col.
Persistent omphaloenteric duct and its manifestations in younger children.
Wiad. Lek., 15 janv. 1976, 29, n° 2, 101-105.
- 780 - SBRICCOLI A.
Etiopathogenic considerations on a case of ileus caused by enteroliths from Meckel's diverticulum.
Rass. Int. Clin., Ter., 15 déc. 1969, 49, 1459-1463.
- 781 - SCALTRITI F.
Invagination par diverticule de Meckel.
Minerva med., juil. 1964, 55, n° 59-60, 2301-2304.
- 782 - SCHANDLING D.
Laparotomy for rectal bleeding.
Pediatrics, 1965, 35, 787.
- 783 - SCHARFENBERG J.C. & col.
Neoplastic Paneth cells. Occurrence in an Adenocarcinoma of a Meckel's diverticulum.
Am. J. Clin. Pathol., août 1975, 64, n° 2, 204-208.
- 784 - SCHARRA D.M. & col.
Morphological aspects of Meckel's diverticulum in Gallus Domesticus.
Rev. Bras. Biol., juin 1976, 36, n° 1, 223-227.
- 785 - SCHERMULY W.
Processus d'évacuation au niveau du diverticule de Meckel.
Fortschr. Geb., Röntgenstr., août 1957, 87, n° 2, 264-265.
- 786 - SCHICKEDANZ H., SCHRAMM H. & WAGNER W.
Fistule entérocolique chez le nourrisson par perforation d'un diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 19 août 1972, 97, n° 33, 1174-1178.

- 787 - SCHLACHETZKI J.
Appendicite et diverticule de Meckel.
Chirurg., janv. 1967, 38, n° 1, 37-38.
- 788 - SCHLICKE C.P. et JOHNSON E.V.
Expérience avec le diverticule de Meckel.
Surg. Gyn. Obst., janv. 1968, 126, n° 1, 91-93.
- 789 - SCHLOGELHOFER H.
Cause rare d'iléus de l'intestin grêle. Formation de calcul dans un diverticule de Meckel.
Fortschr. Geb., Röntgenstr., mai 1964, 100, n° 5, 656-658.
- 790 - SCHMIDT E. & NITZSCHE L.
Abdomen aigu chez l'enfant par torsion du grêle après torsion du pédicule d'un entérokystome et d'un diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 10 juin 1972, 97, n° 33, 790-792.
- 791 - SCHNIERER M. & col.
Meckel's diverticulum as an additional finding or a cause of acute abdomen in children.
Cesk. Pediatr., juil. 1976, 31, n° 7, 386-387.
- 792 - SCHOENBACH S.F.
Meckel's diverticulitis. Oldest. reported case.
NY State J. Med., oct. 1978, 78, n° 12, 1942-1943.
- 793 - SCHOO B.J.
The story of intussusception in an area of 750 000 people.
J. Kentucky Méd. Ass., mars 1970, 68, 145-148.
- 794 - SCHRAMM H. & SCHIEWE R.
Faut-il enlever un diverticule de Meckel non irritant ?
Zbl. Chir., 11 sept. 1971, 96, n° 37, 1265-1270.
- 795 - SCHRAMM W.
La survenue simultanée d'appendicite et de diverticulite de Meckel.
Zbl. Chir., 30 juin 1962, 87, n° 26, 1086-1088.
- 796 - SCHULL L.N. Jr. et col.
Chronic intussusception of Meckel's diverticulum.
J. Sc. Med. Assoc., 1975, 71, n° 12, 363-365.
- 797 - SCHUSSHEIM A. & Col. (Dep. clin. pediatr. state univ. New York).
Radionuclide diagnosis of bleeding Meckel's diverticulum in children.
Amer. Journ. Gastroent. U.S.A., jul. 1977, 68, n° 1, 25-29.
- 798 - SCHWARTZ A.D.
Diverticule de Meckel. Relation d'un cas.
Am. J. Surg., sept. 1956, 92, n° 3, 486-489.

- 799 - SCHWARTZ K.D. & col.
Indication for and value of scintigraphy using 99 m Tc-pertechnetate for the demonstration of Meckel's diverticulum (Proceedings).
Radiol. Diagn. (Berl.), feb. 1978, 19, n° 1, 108.
- 800 - SCHWEL G. et JACKSON A.
Diverticule de Meckel. Une revue de 39 cas.
Am. J. Surg., déc. 1949, 78, n° 6, 804-815.
- 801 - SCHWESINGER G. & col.
Differential diagnosis : "Meckel's diverticulum".
Vnitr. Lek., apr. 1972, 18, 376-379.
- 802 - SEAGRAM C.G., LOUCH R.E., STEPHENS C.A. & WENTWORTH P.
Meckel's diverticulum : a 10 year review of 218 cases.
Can. J. Surg., 1968, 11, 369-373.
- 803 - SEEMANOVA E. & col.
Meckel's syndrome.
Cesk. Pediatr., oct. 1975, 30, n° 10, 487-489.
- 804 - SELTZER M.H. & col. (Coll. physicians surg. Columbia univ.).
Diagnosis of a bleeding Meckel's diverticulum using radio-pertchnate.
Amer. Journ. Gastroenterol. U.S.A., mars 1977, 67, n° 3, 235-239.
- 805 - SENGER F.
Fistule vésico-colique compliquant une diverticulite : relation de cas.
J. Of. Urol., fév. 1949, 61, n° 2, 437-442.
- 806 - SEVERINO D.
Mésentérite rétractile segmentaire par diverticule de Meckel.
Prensa méd. argent., 10 mai 1957, 44, n° 19, 1447-1451.
- 807 - SFORZA M.
Statistical note on Meckel's diverticulum.
Minerva. Gastroenterol., av.-juin 1972, 18, n° 2, 77-78.
- 808 - SHARMA G., et BENSON C.K.
Enterolith in Meckel's diverticulum : report of a case and review of literature.
Canad. J. Surg., janv. 1970, 13, 54-58.
- 809 - SHAX J.
Tumeur carcinoïde d'un diverticule de Meckel.
Brit. J. Surg., août 1969, 56, n° 8, 637-638.
- 810 - SHETH M. & col.
Perforated leiomyosarcoma of Meckel's diverticulum : a case report and review of literature.
Mt. Sinai J. Med. (NY), may-jun 1978, 45, n° 3, 322-328.

- 811 - SHINKAREVSKII E.I. & col.
Destructive Meckel's diverticulitis associated with gangrenous perforating appendicitis.
Vestn. Khir. août 1976, 117, n° 8, 117-118.
- 812 - SHIROKOVA A.P. & col.
Recurrent intussusception of the Meckel's diverticulum.
Vestn. Khir., nov. 1976, 117, n° 11, 135-136.
- 813 - SHULL L.N. Jr & col.
Chronic intussusception of Meckel's diverticulum.
J. Sc. Med. Assoc., dec. 1975, 71, n° 12, 363-365.
- 814 - SIDDIQUI A. & col.
Arteriovenous malformation simulating Meckel's diverticulum on 99 m Tc-pertechnetate abdominal scintigraphy.
Radiology, janv. 1977, 122, n° 1, 173-174.
- 815 - SIEGMUND L.
Iélu occasionné par un diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 1954, 79, n° 14, 591-593.
- 816 - SIELAFF G.
Rapport de cas des hernies de Littré.
Zbl. Chir., 15 mai 1971, 96, n° 20, 685-688.
- 817 - SIMLER M., WAHL R. et WEILLER E.
Occlusion du grêle par diverticule de Meckel.
J. Radiol. Electrol., mars-av. 1961, 42, n° 3-4, 156-158.
- 818 - SIMON M.
"Séance du 2 juillet 1962 de la Soc. Nation Franç. de Gastro-entérologie".
Arch. Mal. App. Dig., 1962, 51, 1151.
- 819 - SINGH P.R. & col.
Technique of scanning for Meckel's diverticulum.
Clin. Nucl. Med., may 1978, 3, n° 5, 188-192.
- 820 - SINGHABHANDHU B. & col.
Carcinoid tumor of Meckel's diverticulum : report of a case and review of literature.
J. Med. Assoc. Ga., mar. 1973, 62, 84-89.
- 821 - SITKOVSKII N.B. & col.
Bleeding ulcer of Meckel's diverticulum and its treatment.
Klin. Khir., mar 1971, 3, 38-41.
- 822 - SLATER N.S.
Perforation et occlusion par des calculs intestinaux compliquant une diverticulose jéjunale.
Brit. J. Surg., juil. 1953, 41, n° 165, 60-62.
- 823 - SLOAN R. et coll.
Diverticule de Meckel.
Am. J. Roentg., janv. 1954, 71, n° 1, 64-75.

- 824 - SMERIERI A.
Su un caso di peritonite acuta da perforazione di diverticolo di Meckel.
Chir. It., 1974, 4, 321.
- 825 - SMIRNOV E.A.
Aberrant pancreas in Meckel's diverticulum.
Ark. Patol., 1975, 37, n° 8, 71-72.
- 826 - SMITH I.
Diverticule de Meckel ectopique géant avec hémorragie rectale.
Proc. Roy. Soc. Med., mai 1964, 57, n° 5, 404.
- 827 - SMITH, NED J.
Essentials of gastroenterology.
St-Louis, Mosby, 1969, 326 p.
- 828 - SMITH S., WOODWARD G.
Ulcère peptique du diverticule de Meckel.
Ann. Surg., 1955, 142, 1021-1025.
- 829 - SMITHY H.C. et CHAMBERLIN J.A.
Persistence of the vitelline (omphalomesenteric artery as clinical problem).
Surg. Gyn. Obst., 1946, 82, 579-585.
- 830 - SODERLUND S.
Meckel's diverticulum. A clinical and histological study.
Acta chir. scand., 1959, suppl. 248, 9, 233.
- 831 - SODERLUND S.
Meckel's diverticulum. A clinical and histological study.
The Med. Stockholm, 1959, Tryck Balder Ab.
- 832 - SODERLUND S.
Le diverticule de Meckel chez l'enfant. Relation de 115 cas.
Acta chir. scand., 16 fév. 1956, 110, n° 4, 261-274.
- 833 - SOHLER H.M.L. et FUSTEO R.
Un cas d'invagination iléo-iléale sur diverticule de Meckel.
Bull. Soc. méd. Afr. noire, 2ème trim. 1959, 4, n° 2, 156-157.
- 834 - SOKOLOWSKI Z. & col.
Case of bening neoplasm of Meckel's diverticulum.
Wiad. Lek., 1 avr. 1977, 30, n° 7, 543-544.
- 835 - SOLERIO L., GIUGIARO A.
Emorragie intestinali da diverticolo di Meckel.
Riv. Chir. Ped., 1971, 13, 237.
- 836 - SOLOMONS D. et HALFORD M.E.H.
Maladie de Crohn d'un diverticule de Meckel dans un cas de diverticulite jénunale.
Brit. J. Surg., déc. 1964, 51, n° 12, 910-913.

- 837 - SOLTERO M.J. et BILL A.H.
The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal (A study of 202 cases of diseased Meckel's diverticulum).
Amer. J. Surg., août 1976, 132, n° 2, 168-173.
- 838 - SOMER E. de & col.
The scintigraphic detection of the diverticulum of Meckel : a rare but interesting isotopic exploration procedure in gastroenterology.
J. Belge Radiol., mai 1974, 57, n° 3, 179-184.
- 839 - SOMERS L.A.
Le diverticule de Meckel. Une position inhabituelle.
Surgery, mars 1961, 49, n° 3, 331-333.
- 840 - SOOTS & COMBEMALE B.
Les hernies obturatrices étranglées (à propos de 3 observations dont une hernie de Littré).
Lille chir., mars-juin 1964, 19, n° 2-3, 77-79.
- 841 - SOREL E., DEGOY A., MOREAU G. & ESPINASSE A.
Invagination intestinale du nourrisson et vestiges méckeliens.
Arch. franç. Péd., août-sept. 1970, 27, n° 7, 761.
- 842 - SOULE E.H. & HALLENBECK G.A.
Polypoid gastric heterotopia of the jejunum and ileum causing subacute intestinal obstruction.
Surg. Gynecol. Obstet., 1959, 108, 282-288.
- 843 - SPARBERG M.
L'anémie par déficience chronique en fer, dûe à un diverticule de Meckel.
Am. J. Dis. Child., fév. 1967, 113, n° 2, 286-287.
- 844 - SPINNER A.
Trois cas cliniques : "Perforation dans le duodénum de la vésicule biliaire" ; "Perforation dans la vessie d'un diverticule du côlon sigmoïde" ; "Cancer ulcéré du pavillon de l'oreille gauche".
Schweiz. med. Wschr., 1er mars 1952, 82, n° 9, 241-242.
- 845 - SRAN H.S. & AL
Meckel's diverticulum causing intestinal obstruction.
J. Indian. Med. Assoc., 1973, 61, 116-119.
- 846 - SROCZYNSKA M. & col.
Small intestine diverticulum in an 3 year old boy.
Pediatr. Pol., juin 1977, 52, n° 6, 665-666.
- 847 - STADT F.R. van de
Spontaneous bile duct perforation in an infant.
Arch. Chir. Meerl., 1969, 21, 313-318.

- 848 - STAERCKE P. (de)
Invagination diverticulo-iléale, tête d'une invagination iléo-caecale : complication rare du diverticule de Meckel.
Acta gastro-enterol. bel., déc. 1962, 25, n° 12, 932-935.
- 849 - STALPORT H.
Hémorragie au niveau d'un diverticule de Meckel, consécutive à un traumatisme psychique.
Acta chir. bel., mai 1966, 65, n° 5, 577-580.
- 850 - STARSHUN GA.
Meckel's diverticulum and its blood supply.
Ark. Anat. Gistol. Embriol., oct. 1974, 67, n° 10, 86-90.
- 851 - STEFAN H. & col.
Complications caused by omphaloenteric duct and its remnants in children.
Rozhl. Chir., sept. 1975, 54, n° 9, 609-616.
- 852 - STEIN G.N., BENNETT H.H. et FINKELSTEIN A.
Le radiodiagnostic pré-opératoire du diverticule de Meckel chez l'adulte.
Am. J. Roentgenol., mai 1958, 79, n° 5, 815-822.
- 853 - STEINBERG M. & col.
Preoperative demonstration of bleeding Meckel's diverticulum utilizing scintigraphy.
Ugeskr. Laeger., 9 sept. 1974, 136, n° 37, 2084-2085.
- 854 - STEPANOV V.N. & col.
Aftereffect of inflammation of Meckel's diverticulum. Iléosigmo-vesical fistula.
Urol. Nefrol. (Mosk.-), sep.-oct. 1976, n° 5, 67-68.
- 855 - STEWART J.H. et STOREY C.F.
Diverticule de Meckel.
Southern Med. J., janv. 1962, 55, 16, in *Internat. Surg. Dig.*, mai 1962, 71, n° 5, 289-292.
- 856 - STROZNIAK J. & col.
Simultaneous phlegmonous appendicitis and diverticulitis in an 18-month-old child.
Wiad. Lek., 15 dec. 1972, 25, 2217-2218.
- 857 - SUNDBERG J.
Concréments dans le diverticule de Meckel.
Fortschr. Geb. Röntgenstr., juin 1958, 88, n° 6, 743.
- 858 - SWAIN J.
Etranglement d'un diverticule de Meckel dans une hernie fémorale.
Med. J. Australia, 20 fév. 1960, 1, n° 8, 297-298.
- 859 - SYRNIKOV N.G.
Etranglement d'une hernie de Littré.
Khirurgia (Moscou) 1968, n° 11, 119.

- 860 - SZILAGYL J. & col.
Simultaneous occurrence of Meckel's diverticulum and peritonitis fibroplastica incapsulans.
Orv. Hetil., 18 juil. 1971, 112, 1718.
- 861 - TABRY I.F., NASSAR V.H. & BALIKIAN J.P.
Leiomyoma of Meckel's diverticulum. Preoperative radiologic demonstration. Case report.
Ann. Surg., juil. 1973, 178, n° 1, 31-33.
- 862 - TADDOO M.C. et JANES H.H.
Invagination due à un diverticule de Meckel invaginé après appendicectomie.
Am. J. Surg., mars 1955, 89, n° 3, 696-699.
- 863 - TAKEDA I. & col.
A bleeding Meckel's diverticulum diagnosed by arteriography.
Gastroenterol. jap. 1977, 12, n° 1, 76-79.
- 864 - TALLARIGO A.
La persistance des vaisseaux omphalo-mésentérique associée au diverticule de Meckel, cause d'occlusion intestinale.
Arch. ital. Chir., 1951, 74, n° 4, 271-280.
- 865 - TAMBORINO G. & col.
Hemorrhages caused by peptic ulcer of Meckel's diverticulum. Description of 2 clinical cases.
Clin. Pediatr. (Bologna), feb. 1971, 53, 41-54.
- 866 - TANEJA O.P.
Disease of Meckel's diverticulum in infancy.
J. Pediatr. Surg., avr. 1975, 10, n° 2, 189-193.
- 867 - TANEJA O.P. et TANEJA S.
Maladies du diverticule de Meckel.
Arch. Surg., mars 1965, 90, n° 3, 349-357.
- 868 - TARTAGKIA A.P. et PROPP S.
Hémorragie du diverticule de Meckel dans l'hémophilie, traitée par la chirurgie.
New York State J. Med., 1er juil. 1965, 65, n° 13, 1795-1797.
- 869 - TATISTCHEFF P. & BOUREAU M.
Pathologie du diverticule de Meckel.
Rev. Prat. (Paris), 21 nov. 1972, 22, n° 30, 4185-4193.
- 870 - TAUSCHER J.W. et coll.
False positive scan for Meckel diverticulum.
Journ. Pediatr., juin 1978, 92, n° 6, 1022.
- 871 - TAYLOR A.L.
The epithelial heterotopias of the alimentary tract.
J. Pathol. Bacteriol., 1927, 30, 415-449.

- 872 - TAYLOR R.S.
Meckel's diverticulitis with secondary appendicitis.
Br. J. Clin. Pract., 1965, 19, 224-225.
- 873 - TEIXIDOR J.
Clinique du diverticule de Meckel.
Deutsche Med. Wschr., 14 mai 1965, 90, n° 20, 912-917.
- 874 - TEOKAREVIC V. & col.
Meckel's diverticulum in our material.
Acta. Chir. Iugosl., 1975, 22, n° 1 Suppl. 165-167.
- 875 - THOMAS G.A., THOMAS M., OTTENTI F. & MEYER C.
Une observation d'épithélioma sur hétérotopie gastrique d'un diverticule de Meckel perforé. Revue de la littérature.
Chirurgie, 13-20 nov. 1974, 100, n° 11, 791-794.
- 876 - THOMAS G.T. & col.
Case of epithelioma found on a gastric heterotopia of a perforated Meckel's diverticulum. Review of the literature.
Chirurgie, 13-20 nov. 1974, 100, n° 11, 791-794.
- 877 - THOMAS H.O.
Myosarcome du diverticule de Meckel.
Surgery, oct. 1952, 32, n° 4, 667-672.
- 878 - THOMAS H. BERQUIST, NICHOLAS G. NOLAN, DAVID H. STEPHENS, and HARLEY C. CARLSON
Specificity of 99 m Tc-Pertechnetate in Scintigraphic Diagnosis of Meckel's Diverticulul : Review of 100 cases.
J. Nucl. Med., 1976, 17, n° 6, 465-469.
- 879 - THOMAS M. et coll.
Une étiologie rare d'hémorragie digestive grave : le diverticule de Meckel.
Jal. Méd. Strasbourg, mars 1974, 5, n° 3, 237-243.
- 880 - THOREK M. et MANZANILLA M.A.
La perforation du diverticule jéjunal.
J. Int. Coll. Surg., av. 1954, 21, n° 4, 409-418.
- 881 - TILLMANN H.
Ueber angeborenem Prolaps von Magenschleim über angeborenem Prolaps von Magenschlimbaut durch den Nabelung (ectapia ventriculi) und über sonstige Geschwulste und Fisteln des Nabels.
Dtsch Zschr. Chir., 1882-1883, 18, 161-202.
- 882 - TOROPOV IUD.
Acute adhesive intestinal obstruction caused by Meckel's diverticulum.
Klin. Khir., dec. 1974, 12, n° 50, 50-52.
- 883 - TOSCANO J.
Hémorragie du diverticule de Meckel.
Acra ped. espanola, 1963, 21, n° 246, 321.

- 884 - TOWBIN A.
L'invagination persistante du diverticule de Meckel.
Arch. Surg., av. 1956, 72, n° 4, 673-677.
- 885 - TRAILL M.A.
Tumeurs carcinoïdes doubles dans un diverticule de Meckel.
Med. J. Australia, 13 juil. 1968, 55, n° 2, 67-68.
- 886 - TRANCANELLI V. & col.
Angiographic diagnosis of bleeding Meckel's diverticulum.
Minerva chir., 30 sept. 1976, 31, n° 18, 1003-1006.
- 887 - TREGUBOV G.S. & col.
Destructive diverticulitis in conjunction with appendix invagination of dolicho sigmoid.
Khirurgia (Mosk.), août 1977, n° 8, 129.
- 888 - TREVES S. & col.
Pentagastrin stimulation of technetium-99m uptake by ectopic gastric mucosa in a Meckel's diverticulum.
Radiology, sep. 1978, 128, n° 3, 711-712.
- 889 - TSAL S.H. & col.
Scan conférence : G.I. bleeding in a six-month-old girl.
Minn. Med., mars 1974, 57, 227-228.
- 890 - TUBIANA J.M. & col.
Critical study of the value of superior mesenteric arteriography in the diagnosis of Meckel's diverticulum. Radiological and clinical findings in 10 cases.
J. Radiol. Electrol. Med. Nucl., dec. 1978, 59, n° 12, 689-696.
- 891 - TURPIN R., BOCQUET L., FORTIER-BEAULIEU M., PELLERIN D. et GOROBEN J.C.
Diverticule de Meckel chez l'enfant. Opacification radiologique.
B.M. Soc. méd. Hôp. Paris, 23-30 oct. 1964, 115, n° 12, 1057-1059.
- 892 - TYSZKIEWICZ S. & col.
Neurinoma of Meckel's diverticulum undergoing malignant conversion
Patol. Pol., oct.-dec. 1976, 28, n° 4, 427-430.
- 893 - TZANEV K. et POPDIMITROV Z..
Tumeurs malignes du diverticule de Meckel.
Minerva med., 5 sept. 1966, 57, n° 71, 2876-2879.
- 894 - UNAL M. & col.
Littre's hernia (strandulation of Meckel's diverticulum in an inguinal hernia).
Turk. Tip. Cemiy. Mecm., aug. 1973, 39, n° 8, 299-301.
- 895 - UPDEGROVE J.H.
Diverticulite caecale.
Ann. Surg., fév. 1955, 141, n° 2, 251-253.

- 896 - URGEL ALONSO R. & col.
Bleeding peptic ulcer in Meckel's diverticulum. Preoperative diagnosis.
Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., juil. 1973, 41, 63-74.
- 897 - VAAGE S.
Meckel's diverticulum and other dysplasias of the ductus omphaloentericus in humans.
Tidsskr. Nor. Laegeforen., 28 fév. 1971, 91, 416-427.
- 898 - VALIGURA IaS
Meckel's diverticulum as a cause of acute abdominal pathology.
Klin. Khir., 1975, n° 4, 48-50.
- 899 - VALLE M. & col.
Radiologic demonstration of Meckel's diverticulum.
Gastrointest. Radiol., 15 apr. 1978, 3, n° 1, 101-103.
- 900 - VAN DEN BERGHE G.
Diverticule de Meckel.
Arch. franç. Péd., fév. 1964, 21, n° 2, 267.
- 901 - VAN DYK O.J.
Perforation récidivante du diverticule de Meckel.
Surgery, juil. 1954, 36, n° 1, 140-143.
- 902 - VANKEMMEL M. et LEJEUNE M.
A propos de 2 observations d'occlusion intestinale aiguë par hernie interne congénitale chez l'adulte.
Lille chir., 1968, 23, n° 3, 61-69.
- 903 - VARA THORBECK C. et coll.
Léiomyosarcome du diverticule de Meckel. Présentation d'une observation.
Rev. Clin. Espan., 31 oct. 1973, 131, n° 2, 159-162.
- 904 - VARTANOV I.E.
Diverticule de Meckel bicorne en rapport avec la hernie inguinale.
Khirurgiya (Mosk.), juil. 1974, 0, n° 7, 126.
- 905 - VASIUK AE. & col.
Acute intestinal obstruction caused by inflammation of Meckel's diverticulum.
Klin. Khir., aug. 1974, 0, n° 8, 59.
- 906 - VIEIRA O.M., DA SILVA S.E. & HERCULES H.
Hémangioendothéliosarcome du diverticule de Meckel.
Hospital (Rio de J.), juil. 1970, 78, n° 1, 241-253.
- 907 - VALESCO R.N., MERCADO H.R. et PICCIONI H.
Diverticulite aiguë du duverticule de Meckel.
Prensa méd. argent., 1956, 43, n° 11, 884-887.
- 908 - VERGOZ et STOPPA.
Diverticule de Meckel perforé dans la vessie.
Arch. Mal. App. Dig., janv. 1953, 42, n° 1, 58-61.

- 909 - VERNEJOUL R. (de)
Diverticulite pseudonéoplasique du sigmoïde perforé dans la vessie.
Arch. Mal. App. dig., déc. 1951, 40, n° 12, 1443-1444.
- 910 - VIDAL J. & col.
Experience and application of diagnostic pneumoperitoneum in the anomalies in the umbilical region.
An. Esp. Pediatr., jan. 1978, 11, n° 1, 63-72.
- 911 - VIDAL J. & col.
Indications for pneumoperitoneum in diagnosis of congenital anomalies in the umbilical region.
Pediatr. Radiol., 28 oct. 1977, 6, n° 3, 147-152.
- 912 - VIEIRA O.M. & col.
Hemangioendotheliosarcoma of Meckel's diverticulum. A review of the literature.
Hospital (Rio de J.), juil. 1970, 78, 241-253.
- 913 - VIGUIER M.
Diverticule de Meckel : perforation.
Thèse de Médecine. Montpellier 1973-1974.
- 914 - VILAR BONET J.
Hemorrhage of the small intestine and of Meckel's diverticulum.
Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., fév. 1968, 27, 314-338.
- 915 - VINCENT E. et BAVEREL G.
52 observations de diverticule de Meckel dont 4 tumeurs.
Lyon Chir., janv. 1963, 59, n° 1, 124-134.
- 916 - VOISIN R., LAPEYRERE J., COLIN R. et MASSABIE B.
Ulcération avec sténose de l'intestin grêle associée à un diverticule de Meckel.
Bordeaux méd., sept. 1968, 1, n° 9, 1672.
- 917 - VOISIN R., LAPEYRERE J., COLIN R. et MASSABIE B.
Ulcération avec sténose de l'intestin grêle associée à un diverticule de Meckel.
Arch. franç. Mal. App. dig., août-sept. 1968, 57, n°8-9, 742.
- 918 - VORONIUK G.M. & col.
Meckel's diverticulum and its complications in children.
Vopr. Okhr. Materin. Det., aug. 1978, 23, n° 8, 43-48.
- 919 - WAGNER F.B., SHALLOW T.A. et EGER S.A.
Les aspects gastro-intestinaux du diverticule de Meckel.
Am. J. Gastroenterol., mars 1955, 23, n° 3, 195-204.
- 920 - WAGNER J.P., ADLOFF M. et HOLLENDER L.
Diagnostic radiologique des diverticules de Meckel.
J. Radiol. Electrol., juin-juil. 1962, 43, n° 6-7, 447-448.

- 921 - WAHL R.
Contribution à l'étude radioclinique du diverticule de Meckel.
Mémoire du C.E.S. d'Electroradiologie.
Strasbourg 1960.
- 922 - WANDERLEY E. et DANTAS A.
Diverticule de Meckel.
An. Fac. Med. Univer. Recife, dec. 1960, 20, n° 2, 241-280.
- 923 - WANSBROUGH R.M., THOMSON S. et LECKEY R.G.
Meckel's diverticulum. A 42 year review of 273 cases at the
Hospital for Sick children, Toronto
Canad. J. Surg., 1957, 1, 15-21.
- 924 - WARMOES Fr. et DEDEURWAERDER R.
Un cas de melaena causé par un léiomyome d'un diverticule de
Meckel.
Acta Gastroenterol belg., fév. 1959, 22, n° 2, 127-128.
- 925 - WATERSON A.P.
Diverticulose jéjunale avec hémorragie.
Lancet, 29 nov. 1952, 263, n° 6744, 1053-1054.
- 926 - WATKINSON G., FEATHER D.B., MARSON F.G.W. et DOSSETT J.A..
Diverticulose jéjunale massive associée à une stéatorrhée et
une anémie mégalo-blastique traitée par excision du diverticule.
Brit. Med. J., 18 juil. 1959, n° 5141, 58-62.
- 927 - WEBB W.A. & col.
A case report : stones in a Meckel's diverticulum.
J. Med. Assoc. State Ala., may 1978, 47, n° 11, 34-35.
- 928 - WEBSTER J.H.H.
Torsion du diverticule de Meckel sous phrénique.
Arch. Surg., fév. 1966, 92, n° 2, 318-320.
- 929 - WEESE K.
Curieuses complications du diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 1954, 79, n° 14, 588-591.
- 930 - WEINSTEIN E.C., CAIN J.C. et REMINE W.H.
Meckel's diverticulum, 55 years of clinical and surgical expe-
rience.
J. Am. Med., Ass., 20 oct. 1962, 182, n° 3, 251-253.
- 931 - WEINSTEIN E.C. et REMINE W.H.
Hernie de Littré. Revue des travaux de la Mayo Clinic.
Am. J. Surg., déc. 1964, 108, n° 6, 870-873.
- 932 - WEINSTEIN E.C., DOCKTERY M.B. & WAUGH J.M.
Neoplasms of Meckel's diverticulum.
Int. Abstr. Surg., 1963, 116, 103-111.
- 933 - WEISSBERG D. et METCALF W.
Corps étrangers du diverticule de Meckel chez un homme de 89ans.
Arch. Surg., sept. 1966, 93, n° 3, 487, 488.

- 934 - WEITZNER S.
Carcinoïde du diverticule de Meckel (avec revue de la littérature).
Cancer, juin 1969, 23, n° 6, 1436-1440.
- 935 - WENZ W.
Le radiodiagnostic du diverticule de Meckel.
Fortschr. Geb. Röntgenstri, déc. 1961, 95, n° 6, 782-792.
- 936 - WESE K.
Complication extraordinaire d'un diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 1954, 79, n° 14, 588-591.
- 937 - WHILLE P.
Perforation d'un diverticule de Meckel à l'accouchement (deux observations).
Zbl. Gynäk., 4 nov. 1972, 94, n° 44, 1496-1501.
- 938 - WHITE A.F., OH K.S., WEBER A.L. et JAMES A.E.
Radiologic manifestations of Meckel's diverticulum.
Amer. J. Roentgenol., mai 1973, 118, n° 1, 86-94.
- 939 - WHITE J.R.
Scintigraphic diagnosis of Meckel's diverticulum with technetium.
J.A.M.A., aug. 1978, 77, n° 12, 907-909.
- 940 - WHITNEY B.V.
Le diverticule de Meckel, urgence Abdominale.
New England J. Med., 28 déc. 1950, 243, n° 26, 1033.
- 941 - WHRITH G.
Perforation d'un ulcère peptique au niveau d'un diverticule de Meckel.
Brit. J. Surg., 1939, 27, 186-188.
- 942 - WIEL MARIN A., NANNI G. & PESCATORI M.
Su un caso di léiomioma emorragico del diverticolo di Meckel.
Chir. Pat. Sper., 1973, 4, 285.
- 943 - WILK H. & col.
Meckel's diverticulum in an adult with massive bleeding. A case report.
Delaware Med. J., nov. 1969, 41, 321-323.
- 944 - WILLEMIN - CLOG L., BOURDEIX G., CHANAL R. et LAGUILLAUMIE B. (de).
Hémorragies digestives de l'enfant et diverticule de Meckel.
Pédiatrie 1960, 15, n° 6, 670-672.
- 945 - WILLIAMS H.M.
Calculs intestinaux dans un diverticule de Meckel.
Brit. J. Surg., fév. 1965, 52, n° 2, 155-157.
- 946 - WILLIAMS J.A.
Diverticule de Meckel à travers le Winslow. Littré.
Brit. Med. J., 30 mars 1968, 1, n° 5595, 811-812.

- 947 - WINE C.R., NAHRWOLD D.L. et WALDHAUSEN J.A.
Role of the technetium scan in the diagnosis of Meckel's
diverticulum.
J. Pediatre. Surg., 1974, 9, n° 6, 885-888.
- 948 - WITCZAK W. & col.
Case of heterotopic pancreas in Meckel's diverticulum.
Wiad. Lek., 1 janv. 1979, 32, n° 1, 33-35.
- 949 - WITEBSKY J.D.
A propos de la pathologie découlant de la présence du diverticu-
le de Meckel.
Khirurgiia (Russe), fév. 1953, n° 2, 48-52.
- 950 - WITZ J., MEYER J.
Double complication abdominale d'un volumineux diverticule de
Meckel.
Strasbourg Méd., 1951, 1, 1-3.
- 951 - WON K.H.
Endométriose, mucocèle et entérite régionale du diverticule
de Meckel.
Arch. Surg., fév. 1969, 98, n° 2, 209-212.
- 952 - WORTMANN V.
Neurinome d'un diverticule de Meckel.
Zbl. Chir., 11 av. 1959, 84, n° 15, 597-599.
- 953 - WYNNE - JONES G.
Flatus retention is the major factor in diverticular disease.
Lancet., 2 août 1975, n° 7927, 211-212.
- 954 - X
Bride meckelienne.
Concours méd., 22 oct. 1977, 99, n° 39, 5865-5868.
- 955 - X
Cimetidine and Meckel's diverticulum.
Annals Intern. Med., juin 1978, 88, n° 6, 842.
- 956 - X
Invagination iléo-iléale due à une invagination du diverticule
de Meckel.
J. Mount Sinai Hosp., janv.-fév. 1963, 30, n° 1, 90-93.
- 957 - X
Letter : Barium studies in Meckel's diverticulum.
Arch. Surg., July 1974, 109, 123.
- 958 - X
Diverticule de Meckel géant.
J. Mount Sinai Hosp., nov.-dec. 1966, 33, n° 6, 522-524.

- 959 - X
Diagnostic isotopique d'un saignement du diverticule de Meckel.
Nov. Presse Méd., 29 av. 1978, 7, n° 17, 1444.
- 960 - YMAGUCHI M. & col.
Meckel's diverticulum. Investigation of 600 patients in
Japanese literature.
Am. J. Surg., aug. 1978, 136, n° 2, 247-249.
- 961 - YOVANOVITCH B.Y.
Le diverticule de Meckel : 25 cas.
Bull. Soc. Chir. Paris, 1955, 45, n° 7-8, 177-185.
- 962 - ZAKELJ V. & col.
Ductus omphaloentericus persistens.
Acta. Chir. Jugosl., 1975, 22, n° 1 Suppl. 237-239.
- 963 - ZAKAROV N.V. et SLAVKINA G.M.
La pathologie du diverticule de Meckel chez l'enfant.
Khirurgiia (Moscou), 1963, n° 4, 49-54.
- 964 - ZALUSKA-MATUSZEWSKA M. & col.
Acute digestive tract occlusion caused by incarceration of
Meckel's diverticulum in inguinal hernia.
Pol. Przegl. Chir., fév. 1977, 49, n° 2, 155-156.
- 965 - ZEMLIANOI A.G.
Appendicite et diverticule de Meckel.
Khirurgiia (Moscou), 1959, n° 12, 64-66.

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION	1
PLAN DE THESE	2
PATHOLOGIE DU DIVERTICULE DE MECKEL	3
A PROPOS D'UNE STATISTIQUE DE 25 DIVERTICULES DE MECKEL	25
CONCLUSIONS	38
BIBLIOGRAPHIE	40



